PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH,

ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYR. W PETERSBURGU
TOW. LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH
KRÓLESTWA POLSKIEGO

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

TOM LII — 1913.

POŚWIĘCONY „NOWINOM LEKARSKIM“
W ICH ROKU JUBILEUSZOWYM

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.
1914.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie LII „Przeglądu lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i prace, dokonane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

II. a. Oceny.

II. b. Sprawozdania.

III. Piśmiennictwo bieżące (Streszczenia).

IV. Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

V. Życiorysy.

VI. Zjazdy naukowe.

VII. Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie. Wydz. matem.-przyr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenia naukowe lekarzy Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Epidemiologia. Statystyka.

IX. Odcinek.

X. Wiadomości bieżące.

XI. Nekrologia.

XII. Bibliografia.

Co miesiąc, zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich.

Alfabetyczny spis rzeczy zawarty w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny).

SPIS AUTORÓW.

Rok LII. Kraków, dnia 4. stycznia 1913. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

„NOWINOM LEKARSKIM“ W ICH ROKU JUBILEUSZOWYM POŚWIĘCA REDAKCYA „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO“.



BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.



HELIODOR ŚWIĘCICKI.



FRANCISZEK CHŁAPOWSKI.



STANISŁAW ŁAZAREWICZ.

REDAKTOROWIE „NOWIN LEKARSKICH“ W CIĄGU ĆWIERĆWIECZA

Dawnych orężnych strażników polskich granic uwieńczyła historya laurem, a poezya stroi w swoje klejnoty i ku pokrzepieniu serc nieśmiertelny stawia im wszystkim monument. A przecież niewielu tylko z nich w swej twardej służbie mieczowej widziało coś więcej ponad straż dóbr materyalnych, ponad obronę poprostu życia i mienia od nawały drapieżców zachodnich czy wschodnich; niewielu tylko z nich stawiało ze swych piersi szaniec świadomie na to, aby za nim rodzima kultura nasza i umysłowy dorobek w bezpieczeństwie rozwijały się i rosły, aby z niepustoszonych chlebnych niw zebrał się także ten plon, który jest narodów skarbem niewyczerpanym i dziedzictwem najdroższem, bo jest niewzruszonym fundamentem ich — przyszłości.

W obronie tego skarbu potężniejsze przedmurze dziś budować musimy i trudniejszą walkę toczyć. Zmieniły się na dziś bronie, nie zmienił wróg i bój nie ustawa. Worywa się nam w niwy duchowe pług cudzy, wgryza się w dusze rdza nieswojska. Czyha na naszą umysłowość tysiącem sposobów zbrojny podstęp, który ją zwolna i niedostrzeżenie z najgłębszej jej treści chce wyzuć i nikczemnym obczyzny uczynić pasorzytem. W tych bezkrwawych a straszliwych zapasach musi każdy kresowy posterunek, jak garść niezłomnych stająca przeciw tysiącom, mieć całkowitą świadomość swych zadań i celów. Ma też i zasługę całkowitą. A sprawiedliwy dziejopis, ważąc kiedyś tę zasługę na szali dziejów narodu, zrozumie, dlaczego się nam współczesnym nasuwa porównanie jej z dawną naszych rubieży obroną, dlaczego niesiemy hołd szczególny dzisiejszemu kresowemu rycerstwu — kresowemu rycerstwu ducha.

Jakoście przez ćwierć wieku zagrożony Wasz zagon zasiewali, pracowici, znojni Siewcy zdrowego rodzimego ziarna, trwajcież na nim ku pokrzepieniu serc naszych, aż przyjdzie żniwo. Zahartowani w trudzie, Wy będziecie umieli dotrwać lepszej dla nas wszystkich doli. Więc niechaj obok obrońców ziemi i języka stają na zagonach Waszych coraz liczniejsi siejby towarzysze, aby żadna z niw umysłowych na kresach naszych nie ugorowała za długo. I niech się spełni na dzień żniwa słowo: »Siejba była w płakaniu, a żniwo w weselu«.

Kronika »Nowin lekarskich«.

1889—1912.

Napisał

Adam Wrzosek.

Nie bez wzruszenia przystępuję do skreślenia kilku uwag o »Nowinach lekarskich«, które rozpoczynają wydawać dwudziesty piąty swój rocznik. Mam bowiem pisać o wydawnictwie, które w niesłychanie trudnych warunkach przetrwało już 24 lata, świadcząc, że potrafimy, gdy zechcemy, być wytrwałymi w przedsięwzięciach i nie zrażać się nieprzyjaznemi okolicznościami. Nie trudno wydawać czasopisma lekarskie w Warszawie, w której nie wygasła jeszcze świetna tradycya Szkoły Głównej, w której kierownictwo oddziałów szpitalnych spoczywa niemal wyłącznie w rękach polskich, w której na brak lekarzy uskarżać się nie można; łatwiej jeszcze wydawać czasopisma lekarskie w Krakowie i Lwowie, bo tam posiadamy własne szkoły lekarskie; lecz niezmiernie trudną rzeczą jest wydawanie czasopisma lekarskiego w Poznaniu, gdzie ani szkoły lekarskiej nigdy nie mieliśmy, ani nie mamy wielu lekarzy, którzyby mogli sporo czasu poświęcać pracy naukowej.

Lekarze nasi pod zaborem Pruskim, nie zrażając się oczekującemi ich trudnościami, postanowili przed 25 laty wydawać własny miesięcznik. Już wprawdzie przedtem Teodor Jarnatowski podniósł był myśl założenia własnego czasopisma[1]), lecz dopiero w 1888 roku Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk Poznańskiego postanowił na wniosek doktorów Heliodora Swięcickiego, Bolesława Wicherkiewicza i Ignacego Zielewicza przystąpić do wydawania miesięcznika lekarskiego[2]).

Należało przedewszystkiem oprzeć zamierzone wydawnictwo na trwałej podstawie materyalnej. Rychło, wskutek odezwy, wzywającej lekarzy polskich pod zaborem Pruskim do udziału w założeniu czasopisma lekarskiego, zebrano 1200 marek na fundusz żelazny[3]).

Niebawem można było zacząć wydawać miesięcznik, który otrzymał nazwę »Nowin lekarskich«. Nowe czasopismo rozpoczęło wychodzić pod dobrą wróżbą, bo znalazło poparcie nie tylko w gronie lekarzy: znany historyk Dr Z. Celichowski poparł je hojnie materyalnie; również zarząd Towarzystwa przyjaciół nauk Poznańskiego uchwalił udzielać mu subwencyi. Nowiny lekarskie postanowiono wydawać, jako organ Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk. Redakcyę powierzono komitetowi, składającemu się z Drów: Chłapowskiego, Kaczorowskiego, K. Koehlera, W. Świderskiego, Święcickiego, L. Szumana, B. Wicherkiewicza i Zielewicza. Przewodniczącym komitetu redakcyjnego został wybrany Bolesław Wicherkiewicz.

Pierwszy zeszyt »Nowin lekarskich« wyszedł w styczniu 1889 roku. Znajdujemy w nim prace oryginalne Zielewicza, Justyna Karlińskiego, Władysława Matlakowskiego, Obalińskiego i W. Jaworskiego, A. Sokołowskiego, Święcickiego…

---

[1]) Przemowa Dra Fr. Chłapowskiego na zebraniu zwyczajnem Wydz. Lek. dnia 19. października 1912 roku. 24-letnie dzieje Nowin lekarskich. Nowiny lekarskie, 1913, zeszyt I.

[2]) T. Dembiński. Ogólne sprawozdanie z czynności Wydz. Lek. Tow. Przyj. Nauk za rok 1888. Nowiny lekarskie 1889. Nr 1, str. 40.

[3]) Sumę tę złożyli w udziałach po 50 marek: Batkowski, Buski, Chłapowski, Dembiński, Grodzki, B. Jagielski, Jerzykowski, Kaczorowski, Koehler, Kube, Niklewski, Preibisz, Stan, Święcicki, Szuman, Szyman, B. Wicherkiewicz, Zaremba i Zielewicz. Niektórzy z wymienionych założycieli nowego czasopisma złożyli po dwa lub trzy udziały. (Nowiny lek. 1889. Nr 1. str. 48).

cickiego, B. Wicherkiewicza, tudzież Alkiewicza. Następuje obfity dział ocen i sprawozdań z prac, poświęconych anatomii, fizyologii, patologii ogólnej, bakteryologii, medycynie wewnętrznej, chirurgii, położnictwu, chorobom kobiecym, oftalmologii, chorobom nosa, gardła i uszu, higienie i epidemiologii. Dział ten w pierwszym zeszycie opracowali: Święcicki, Chłapowski, Wicherkiewicz, Zielewicz, E. Biernacki, Krysiewicz i Koehler. Po ocenach i sprawozdaniach znajdują się w pierwszym zeszycie następujące działy: Ruch w Towarzystwach, Sprawy zawodowe, Zapiski lecznicze i Rozmaitości.

»Nowiny lekarskie« zaraz od pierwszego zeszytu tak wysoko stanęły pod względem wartości naukowej, iż wysunęły się na czoło naszych czasopism lekarskich. »Gazeta lekarska«, podawszy obszerne sprawozdanie z pierwszego numeru »Nowin«, nie szczędzi pochwał nowemu czasopismu. »Witamy szczerze — pisała »Gazeta lekarska« — koleżankę na niwie piśmiennictwa lekarskiego naszego, którą tak pięknie uprawiać zaczyna i życzymy jak najlepszego powodzenia, jako nagrodę za podjęty mozolny trud. Dział naukowy odznacza się doborem artykułów wartościowych, zewnętrzność grubego o 48 stronicach zeszytu, świetnie się przedstawia. Staranność o język widnieje wszędzie i sympatycznie usposabia do nowego pisma, które bezwątpienia cieszyć się będzie wielkiem zasłużonem powodzeniem«[4]).

Gdy minął pierwszy rok wydawnictwa »Nowin lekarskich«, redaktorzy mogli być zadowoleni ze swej pracy, patrząc na pokaźny, o 624 stronicach rocznik pierwszy, zawierający kilkadziesiąt prac oryginalnych, tudzież setki ocen i sprawozdań z rozpraw treści medycznej. Cały pierwszy rocznik »Nowin lekarskich« sprawia nader dodatnie wrażenie. W każdym zeszycie widnieje wielka staranność redakcyi nie tylko o wewnętrzną wartość, lecz i o zewnętrzną szatę czasopisma, które zdobią starannie wykonane rysunki.

Drugi rocznik »Nowin lekarskich« w niczem nie ustępuje pierwszemu, ani pod względem doboru prac oryginalnych, ani pod względem rozmaitości treści, ani pod względem staranności wydania.

Przeglądając pierwsze roczniki »Nowin lekarskich«, mimowolnie nasuwa nam się pytanie: jak wytłumaczyć sobie, że w Poznaniu, w którym nie było tradycyi naukowej medycznej, mogło powstać czasopismo, które odrazu stanęło na wysokim poziomie naukowym? Jest to bądź co bądź zjawisko niezwykłe. Można się było raczej spodziewać, że »Nowiny lekarskie« albo rychło upadną, albo z braku dostatecznej liczby współpracowników, rozwijać się należycie nie będą mogły. Aby znaleźć odpowiedź na pytanie wyżej postawione, trzeba zwrócić uwagę na kilka rzeczy.

To prawda, że Poznań przed dwudziestu kilku laty nie miał jeszcze tradycyi naukowej w dziedzinie medycyny, miał jednak tradycyę nauki polskiej wogóle, pielęgnowaną przez Towarzystwo przyjaciół nauk; nie należy również zapominać, że lekarze wielkopolscy mieli już wówczas inną jeszcze, nadzwyczaj cenną tradycyę, przekazaną im przez Karola Marcinkowskiego, tradycyę pracy społeczno-narodowej i sumiennego spełniania powinności obywatelskich.

[4]) »Gazeta lekarska«, 1889. Nr 1, str. 23.

Piękny artykuł Zielewicza, wydrukowany na czele pierwszego numeru »Nowin lekarskich« pod napisem »Dziedzictwo ducha«, jest świadectwem, że tradycya Marcinkowskiego żywo przemawiała do serc lekarzy poznańskich. Zielewicz, pisząc o Marcinkowskim, jako o ideale lekarza-obywatela, przytacza kilka ustępów z jego testamentu. Są to przecudne zwierzenia niezwykłego człowieka, spisane przezeń na kilka miesięcy przed śmiercią. »Dwa pytania — pisze Marcinkowski w testamencie — będą ludzi bardzo po mojej śmierci niepokoić. Co on robił z dochodami, jakie n. p. w ostatnich latach magistratowi poznańskiemu wykazywał? Wystawcie sobie rozrzutnego człowieka, który skoro rzecz jaką zobaczy, co pasyi jego dogodzi, nie pyta czy rozsądnie, by kupić, ale dogadzając swej chuci wyrzuca pieniądze. Otóż taką samą chuć wlał Pan Bóg w mą duszę. Kiedym widział, że wydatkiem pieniędzy na pożyteczne, jak mnie się zdawało, cele mogłem dogodzić tej żarliwości mej duszy, z jakąż przyjemnością wydawałem, ciesząc się zawsze, że to moja prawdziwa własność, mój, że tak powiem, utwór, którym dysponuję. Nie pojmowałem nigdy tych ludzi, którzy skwapliwie skarby zbierają, nie zostawiając dzieci dobrze wychowanych, bo się ich wychowaniem nie trudnią, tylko zbieraniem majątku, lub umierając bezdzietnie, nie wiedzą, jaki z ich zbiorów nastąpi użytek. Zwykle to marnie bywa roztrwonione. Mnie było miło dogodzić sobie natychmiast i patrzeć za życia na skutki mych usiłowań. I dobrze mi tak było.

Drugie pytanie, dlaczego ten człowiek jak zapamiętały pracował do upadłego, uparty, niezważający na żadne udzielone mu rady. To tylko ten odgadnie i zrozumie, kto kiedykolwiek w swej duszy żywo uczuł, co to jest pełnić powinność. Tego żądła, tej niespokojności, którą Pan Bóg wlał w duszę moją (boć ja sobie sam nic nie dałem, wszystko, co we mnie było, są Jego dary przez wychowanie ludzkości na szczególny jej pożytek skierowane) inaczej poskromić nie mogłem, jak ciągle zajmując się pracą«...

Przytoczywszy jeszcze dalszy ciąg testamentu Marcinkowskiego, tak Zielewicz kończy swój artykuł: »Rzewna spowiedź człowieka, który w ostatniej życia godzinie tłómaczy się, dlaczego wszystek żywot jego był jednem pasmem pracy i poświęcenia dla drugich. W te kilka prostych, a tak niezrównaną szczerością tchnących słów, lekarz-obywatel wlał całą treść swej wielkiej duszy, i testamentowe zwierzenia swoje przekazał nam następcom jako nieocenione dziedzictwo duchowe, które mimo trudnych warunków naszego bytu powinno nam służyć za wskazówkę, jako ponad materyalne względy wysoko wznosić się powinien sztandar godności naszego zawodu«. Mając takie dziedzictwo duchowe, nie dziw, że lekarze polscy pod zaborem Pruskim, pomni doniosłego znaczenia narodowego placówek naukowych, postanowili nie tylko założyć czasopismo naukowe, lecz i podtrzymywać je wszelkiemi siłami.

Drugą okolicznością, tłumaczącą nam wielkie zalety »Nowin lekarskich«, jest dobór członków komitetu redakcyjnego. Jeden z nich, T. Kaczorowski, wkrótce po założeniu »Nowin« umarł, więc o zasługach jego w prowadzeniu nowego czasopisma trudno mówić. Natomiast pozostali członkowie komitetu redakcyjnego niewątpliwie w dużym stopniu przyczynili się do świetnego wydawania »Nowin«.

Byli to ludzie wysokiej kultury naukowej, odczuwający żywo potrzebę twórczej pracy naukowej. Najstarszy z nich W. Świderski, w chwili zakładania »Nowin lekarskich« był już autorem szeregu prac naukowych, z których pierwsza została wydana w 1853 roku[5]). Zajmowały go nie tylko zagadnienia medycyny praktycznej, lecz i teoretycznej, czego dowodem rozprawy jego p. n. »O wpływie patologii cellularnej na postęp nauki lekarskiej« i »O dzisiejszem stanowisku sztuki lekarskiej opartej na badaniach najznakomitszych autorów tegoczesnych, jakoto: Virchowa, Traubego i wielu innych«. Rozprawy te odczytał Świderski na posiedzeniach Towarzystwa przyjaciół nauk w latach 1863 do 1865. Umarł on w parę lat po założeniu »Nowin lekarskich«. Drugi po starszeństwie wieku w komitecie redakcyjnym, ś. p. Klemens Koehler, który przez długie lata był współredaktorem »Nowin«, już przed założeniem tego czasopisma ogłosił był drukiem niejeden artykuł treści medycznej, a nadto był autorem książki p. n. »Praktyczny poradnik dla matek«, opracowanej na podstawie angielskiego dzieła Dra Chavasse. Wymieniona książka Koehlera doczekała się dwóch wydań[6]). Inni członkowie komitetu redakcyjnego »Nowin lekarskich«, przed założeniem tego czasopisma, dali się poznać ze swych prac naukowych jeszcze zaszczytniej, aniżeli dwaj wymienieni. Wielu z nich nadto przechodziło wyborną szkołę, pracując przez pewien czas w klinikach i zakładach medycyny teoretycznej. Ignacy Zielewicz i Leon Szuman byli asystentami w klinice chirurgicznej wrocławskiej, a Bolesław Wicherkiewicz był również we Wrocławiu asystentem w klinice okulistycznej prof. Foerstera. Franciszek Chłapowski był bardzo pożądanym współpracownikiem w komitecie redakcyjnym, jako człowiek wszechstronnie przyrodniczo i filozoficznie wykształcony. Pierwszą jego pracą naukową, jaką wydał po rozprawie doktorskiej, była praca z dziedziny fizyologii, ogłoszona w Archiwum Pflügera w r. 1873. Najmłodszym z pośród członków komitetu redakcyjnego »Nowin lekarskich« był Heliodor Święcicki, już wówczas autor prac z dziedziny anatomii, fizyologii, farmakologii, położnictwa i historyi medycyny. Najpierw przez dłuższy czas pracował w zakładzie fizyologii prof. Heidenhaina we Wrocławiu. Jako 22-letni młodzieniec ogłosił w 1876 roku w Archiwum Pflügera pracę z dziedziny fizyologii, w następnym zaś roku wydał pierwszą część pracy z zakresu historyi medycyny. Praca ta została uwieńczona nagrodą przez Wydział lekarski w Uniwersytecie Wrocławskim. Poświęciwszy się z czasem położnictwu, został lekarzem w Zakładzie położniczym imienia Elżbiety w Poznaniu. Potem był jeszcze przez pewien czas asystentem kliniki ginekologiczno-położniczej w Erlangen[7]).

W tak doborowym składzie rozpoczął swoje czynności komitet redakcyjny »Nowin lekarskich«.

Trzecią okolicznością, wyjaśniającą nam, dlaczego »Nowiny lekarskie« zajęły odrazu poczesne stanowisko w czasopiśmie lekarskiem polskiem, była osoba przewodniczącego komitetu redakcyjnego. Bolesław Wicherkiewicz, gdy stawał na czele »Nowin lekarskich«, był już głośnym okulistą. Obdarzony wielkiemi zdolnościami naukowemi i talentem lekarskim, posiadał nadto nieocenione dla redaktora czasopisma naukowego zalety: niezwykły dar organizatorski, wielką wytrwałość w przedsięwzięciach i nie mniejszą pracowitość. Dużo trzeba było wkładać pracy, aby »Nowiny lekarskie« mogły mieć treść doborową i urozmaiconą, tudzież odznaczać się poprawnością języka; dużo wymagało zabiegów zjednanie współpracowników z poza Poznania, bo o tem mowy być nie mogło, aby całe wydawnictwo spoczywało na barkach lekarzy poznańskich. Trzeba było zachęcić do współpracownictwa wybitnych lekarzy polskich, rozproszonych nie tylko po różnych miejscowościach dawnej Rzeczypospolitej, ale i po za granicami Polski. W ciągu pierwszych siedmiu lat wydawnictwa »Nowin lekarskich«, w czasie których przewodniczącym komitetu redakcyjnego był Wicherkiewicz, »Nowiny« wydrukowały dwieście kilkadziesiąt prac oryginalnych. Oprócz prac lekarzy poznańskich i wogóle z zaboru Pruskiego, w pierwszych siedmiu rocznikach »Nowin« znajdujemy oryginalne prace wielu autorów z Krakowa, Lwowa i Warszawy; nie brak również prac oryginalnych, nadesłanych »Nowinom« i z Częstochowy, i z Płońska i z Bośni, i z Petersburga, i z wielu innych miejscowości, nie wyłączając nawet Tomska na Syberyi[8]).

Za czasów redaktorskich Wicherkiewicza obok działu prac oryginalnych wyróżniał się dodatnio także dział ocen i sprawozdań. Duże zasługi w tym dziale »Nowin« położyli Chłapowski i Święcicki, zwracając baczną uwagę na ocenianie prac polskich uczonych, zwłaszcza młodych. Przytoczę na dowód tego jeden przykład, a przykładów takich możnaby przytoczyć dużo. W roku 1889 student Uniwersytetu Berlińskiego, uczeń Waldeyera Kazimierz Kostanecki ogłosił po niemiecku pracę o uchyłkach gardlanych ze szczególnem uwzględnieniem nosogardlanych. Wnet pojawia się sprawozdanie z tej pracy w »Nowinach lekarskich« napisane przez Chłapowskiego, który swoją ocenę temi słowy zaczął: »Praca ta równie ważna pod względem embryologicznym, jak patologicznym, dowodzi wielkiego oczytania, samodzielnych badań i krytycznego sądu młodego autora, który pracuje w I instytucie anatomicznym w Berlinie«[9]). Nawiasem dodam, że nie była to pierwsza praca Kostaneckiego, który już w roku 1886 otrzymał był nawet nagrodę za pracę anatomiczną[10]). Gdy w r. 1890 ogłosił Kostanecki wraz z Mielęckim pracę p. n. »Über angeborene Kiemenfisteln«, zaraz zdaje z niej sprawę w »Nowinach« Święcicki, tak kończąc

[5]) St. Kośmiński. Słownik lekarzów polskich. Warszawa, 1883—1888.

[6]) Ocenę pochlebną pierwszego wydania dzieła Koehlera napisał Henryk Jordan w »Przeglądzie lekarskim« 1877 roku w Nr 28.

[7]) S. Kośmiński. Słownik lekarzów polskich, o. c.

[8]) Do współpracowników »Nowin lekarskich« w pierwszych siedmiu latach ich wydawnictwa należeli, z poza granic zaboru pruskiego, między innymi następujący lekarze, którzy drukowali w »Nowinach« bądź prace oryginalne, bądź oceny i sprawozdania z piśmiennictwa lekarskiego: Adamkiewicz, Babiński z Paryża, A. Beck, Biegański z Częstochowy, E. Biernacki, Browicz, Brudzewski, Bujwid, Czarkowski, Dunin, S. Dzierzgowski z Petersburga, A. W. Gluziński, T. Heryng, W. Janowski, W. Jaworski, Jurasz z Heidelberga, H. Kadyi, J. Karliński z Bośni, K. Klecki, E. Korczyński, Kostanecki, S. Krysiński, Matlakowski, K. Noiszewski, Obaliński, A. Rosner, L. Rydygier, L. Rutkowski z Płońska, Sędziak, S. Smoleński, Sobierański, A. Sokołowski, Sroczyński i St. Zaleski z Tomska. Skupić zastęp takich współpracowników to zaiste nie mała zasługa.

[9]) Nowiny lekarskie, 1889, str. 607.

[10]) J. Pagel. Biographisches Lexikon hervorragender Aerzte des XIX Jahrhunderts. Berlin-Wien 1901. str. 904.

ocenę: »Z wielką przyjemnością czytaliśmy powyższą pracę młodych naszych rodaków, gdyż oprócz dokładnych i sumiennych badań własnych widać na każdym kroku i sąd krytyczny i wielką znajomość odnośnej literatury« [11]).

Takie popieranie młodych uczonych przez podnoszenie ich prac, zasługujących na to, należy zaliczyć w poczet niewątpliwych zasług »Nowin lekarskich«. I później, za naczelnego redaktorstwa Święcickiego, jeszcze bardziej »Nowiny« dbały o popieranie młodych pracowników naukowych.

Pisząc o »Nowinach lekarskich« w pierwszem siedmioleciu ich wydawnictwa, godzi się jeszcze podnieść dwie rzeczy: dość częste drukowanie t. zw. sprawozdań poglądowych, których bodaj najwięcej napisał Święcicki, i szczegółowe podawanie sprawozdań ze zjazdów lekarskich: n. p. w drugim roczniku cały październikowy zeszyt zapełniony jest sprawozdaniami z X międzynarodowego Zjazdu w Berlinie, a w trzecim roczniku cały 94-stronicowy zeszyt wrześniowy zawiera wyłącznie sprawozdania z VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który się odbył w Krakowie.

Lubo redakcya »Nowin lekarskich« znakomicie wywiązywała się ze swego zadania, dokładając wszelkich starań, aby czasopismo to odpowiadało w zupełności swemu celowi, to jednak przechodziła ciężkie chwile w pierwszych latach wydawnictwa. Doszło do tego, iż zamierzano nawet czasopismo zawiesić. Na czele listopadowego zeszytu z r. 1891 znajduje się zapowiedź redakcyi, że prawdopodobnie rychło »Nowiny lekarskie« przestaną wychodzić. Redakcya, nadmieniając, że z góry przygotowana była na trudności, dodaje: »Nie przypuszczaliśmy atoli ani na chwilę, byśmy już po upływie trzech lat, widząc brak należytego poparcia ze strony kolegów wydawnictwa naszego, mieli być zniewoleni do oświadczenia, że mimo najlepszych chęci, nie będziemy mogli z powodu zbyt szczupłej liczby abonentów pisma naszego dalej od Nowego Roku wydawać«. Odezwa ta sprawiła wielkie wrażenie. Wszczęto w najpoważniejszych czasopismach lekarskich alarm i zajęto się energicznie akcyą ratunkową, bo upadek tak wybornie redagowanego czasopisma byłby niepowetowaną stratą. »Gazeta lekarska«, która z wielką życzliwością powitała była swego czasu pierwszy zeszyt »Nowin lekarskich«, teraz zaczęła nawoływać do popierania tego czasopisma. Przedrukowawszy niektóre ustępy z odezwy redakcyi »Nowin«, dodaje:»Z prawdziwem współczuciem pomieszczamy powyższe wyciągi z odezwy Nowin. Smutno pomyśleć, że gdy z jednej strony pewna garstka ludzi nie szczędzi czasu, trudów i pieniędzy, aby tylko służyć dobrej sprawie, to z drugiej strony inni, w ogromnej liczbie żałują kilku rubli rocznie, aby usiłowania tamtej garstki poprzeć i byt pisma zapewnić...« [12]). »Przegląd lekarski«, przedrukowawszy całkowicie odezwę »Nowin«, nie mniej energicznie od »Gazety lekarskiej« nawołuje do podtrzymywania czasopisma poznańskiego. Podnosi przytem wysoko zalety »Nowin«, pisząc: »I pokazało się wkrótce, na co zdobyć się może garstka pracowników powołanych, ożywionych gorącą miłością pięknego języka ojczystego. Obok obfitości treści, ani na chwilę nie spuścili z oka, że zadaniem głównem wydawnictwa pisma polskiego jest pielęgnowanie języka i przestrzeganie jego czystości«... »Nowiny lekarskie« odznaczały się zawsze językiem poprawnym obok innych wielkich zalet, a bez przesady rzec można, że każdy numer napawał nas radością w jednym i drugim względzie« [13]).

Ówczesny prezes Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego prof. Gluziński poruszył na posiedzeniu Towarzystwa myśl energicznego poparcia »Nowin« i zwrócił się do Towarzystwa lekarzy galicyjskich z prośbą, aby przyłączyło się do usiłowań lekarzy krakowskich w celu podtrzymania czasopisma poznańskiego. Skutek tych wszystkich zabiegów był nadspodziewanie pomyślny. Już w grudniowym zeszycie »Nowin« oświadcza redakcya, że otrzymawszy więcej, aniżeli nawet przypuszczać mogła, zachęty i otuchy do dalszego wydawania czasopisma, chętnie się nadal dotychczasowej pracy podejmuje. W końcu składa serdeczne dzięki Towarzystwu lekarskiemu Krakowskiemu, »Przeglądowi lekarskiemu« i »Gazecie lekarskiej« za ich szczere zajęcie się dolą »Nowin«. Był to zapewne najszczęśliwszy moment w dotychczasowych dziejach »Nowin lekarskich«. Redakcya »Nowin« przekonała się, że społeczeństwo umie ocenić szlachetną jej pracę i dobremu dziełu upaść nie pozwoli. Ze swej strony redakcya spełniła obietnicę i utrzymała następne roczniki »Nowin« na takim poziomie, na jakim znajdowały się trzy pierwsze.

Pierwszy okres dziejów »Nowin lekarskich« zamyka ustąpienie z przewodnictwa w komitecie redakcyjnym Prof. Wicherkiewicza, którego miejsce w początku roku 1896 zajął Dr Święcicki. Już drugi zeszyt ósmego rocznika wyszedł pod kierunkiem nowego redaktora. Trzeci zeszyt tego rocznika został poświęcony Prof. Wicherkiewiczowi, opuszczającemu Poznań, aby objąć katedrę okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim. Obok artykułów oryginalnych, napisanych przez wybitnych okulistów: B. R. Gepnera, Kamockiego, Z. Kramsztyka, Rumszewicza, Sroczyńskiego, Strzemińskiego i Talkę, znajdujemy w rzeczonym zeszycie opis uczty pożegnalnej na cześć Prof. Wicherkiewicza. W czasie tej uczty liczni mówcy podnosili zasługi Prof. Wicherkiewicza, a między nimi Biskup Dr Likowski, Dr Zielewicz, książe Zdzisław Czartoryski, Dr Koehler i Dr Chłapowski, który podniósł zasługi byłego przewodniczącego komitetu redakcyjnego »Nowin lekarskich«, mówiąc: »Tyś był nie tylko kierownikiem tej redakcyi, ale i przykładem dla nas pracowitości, gdy przy trudach całodziennych pomimo przeszkód najróżnorodniejszych znajdowałeś każdego dnia czas do załatwiania pilnych a kłopotliwych nieraz spraw redakcyjnych, a nadto poświęcałeś chwile należącego Ci się wypoczynku, — nieraz późno w noc niezabawnej wcale korekcie jedynie w tym celu, aby podtrzymać czasopismo to na wysokości, która nie tylko stanowi lekarskiemu, ale wogóle naszemu biednemu społeczeństwu polskiemu w pruskiej monarchii zaszczyt przynosi«.

Z chwilą objęcia przez Prof. Wicherkiewicza katedry w Uniwersytecie Jagiellońskim, poniósł Poznań wogóle, a »Nowiny lekarskie« w szczególności wielką stratę. Szczęściem, że kierownictwo »Nowin« dostało się w wypróbowane ręce Dr Święcickiego, który podobnie, jak poprzednik jego, celował zdolnościami organizatorskiemi. Nowy redaktor naczelny nie szczędził nie tylko pracy, lecz i pie-

[11]) Nowiny lekarskie 1890, str. 315—6.
[12]) Gazeta lekarska 1891, Nr 47, str. 945.
[13]) Przegląd lekarski 1891, Nr 47, str. 597—8.

nędzy, aby »Nowiny« jak najwyżej podnieść. W rzeczy samej ósmy rocznik »Nowin«, a pierwszy wydany pod kierunkiem naczelnym Święcickiego, wygląda jeszcze okazalej, aniżeli poprzednie. Rocznik ten zawiera kilkaset stronic więcej od ostatniego rocznika, wydanego przez poprzedniego przewodniczącego komitetu redakcyjnego, zawiera również więcej prac oryginalnych i ma treść jeszcze bardziej urozmaiconą.

Dr Święcicki redagował »Nowiny lekarskie« od roku 1896 do końca 1906, z przerwą przez 1898 rok i trzy pierwsze miesiące roku 1899, w którym to czasie przewodniczącym komitetu redakcyjnego był Chłapowski, aczkolwiek i wtedy Święcicki brał czynny udział w redagowaniu »Nowin« jako członek redakcyi, tudzież zastępując Dr Chłapowskiego w naczelnem redaktorstwie. W r. 1898 do komitetu redakcyjnego, który składał się wówczas z Chłapowskiego, Koehlera i Święcickiego z Poznania, L. Szumana z Torunia i Prof. Wicherkiewicza z Krakowa, przystąpili F. Drobnik, A. Jaruntowski i J. Panieński. Administratorem »Nowin« został Drobnik, którego miejsce w roku następnym zajął Jaruntowski. W r. 1899 przystąpił do komitetu redakcyjnego Krysiewicz, a w następnym Dr Gantkowski z Witkowa, Prof. Ciechanowski z Krakowa, Dr Dembowski i Dr Zahorski z Wilna, Drowie Dunin, Rychliński, A. Sokołowski i W. Żurakowski z Warszawy, oraz Dr Herman i Prof. Sieradzki ze Lwowa. Poczynając od roku 1901 nie wymienia się już na okładce »Nowin lekarskich« członków komitetu redakcyjnego, lecz nazwisko redaktora głównego i nazwiska stałych współpracowników, których w r. 1901 było 74, w r. 1902 — 99, w r. 1903 — 106, w r. 1904 — 106, w r. 1905 — 117, w r. 1906 — 124. Zjednanie tak licznej rzeszy współpracowników było wyłączną zasługą redaktora, który bardzo dużo czasu poświęcał na korespondencye z lekarzami w najrozmaitszych miejscowościach zachęcając ich do współpracownictwa w »Nowinach«. Prawdopodobnie częsta wymiana listów między redaktorem a współpracownikami przyczyniła się w znacznej mierze także do ożywienia w »Nowinach« działu korespondencyi. Dość, że za czasów redaktorstwa Swięcickiego istotnie w »Nowinach« pojawiło się bardzo wiele korespondencyi, nieraz poruszających ważne sprawy. Spotykamy wtedy w »Nowinach« korespondencye zarówno z Polski, jak i z zagranicy, a mianowicie z Krakowa, Zakopanego, Lwowa, Warszawy, Częstochowy, Wilna, Łodzi, Kijowa, Mińska Litewskiego, Paryża, Wiednia, Monachium, Berlina, Goerbersdorfu, Londynu, Petersburga, Budapesztu, Neapolu, Pragi Czeskiej, Cirkvenicy, Sarajewa i innych miejscowości, nie wyłączając Lublina, Radomia, a nawet Zduńskiej Woli. Nie brak korespondencyi i z bardzo odległych stron, bo z New Yorku, Niżnego Nowogrodu, a nawet z Syberyi.

Prócz licznych korespondencyi, obok dobrze prowadzonego działu prac oryginalnych i sprawozdań z ruchu naukowego, do urozmaicenia treści »Nowin« przyczyniały się nie mało również dwa nowe działy, przez Dr Święcickiego wprowadzone: dział ocen prac nadesłanych redakcyi i przegląd prasy lekarskiej polskiej, zawierający streszczenia artykułów drukowanych w polskich czasopismach lekarskich. Drugi z tych działów dotychczas jest skrzętnie prowadzony w »Nowinach«, świadcząc o dużem poczuciu narodowem tego czasopisma. Za wprowadzenie tego działu do »Nowin« należy się szczególna wdzięczność Dr Święcickiemu, zwłaszcza, że ciągle jeszcze wolimy chwalić cudze, a swego poznawać nie chcemy. Dotychczas w niejednem naszem czasopiśmie lekarskiem drukuje się nieraz sprawozdania z błahych nawet prac obcych, a pomija się milczeniem prace polskie, rzetelną wartość posiadające.

Inicyatywie Dr Święcickiego »Nowiny lekarskie« zawdzięczają dużo. Oprócz wprowadzenia nowych działów, zaczął redaktor wydawać dość często numery, poświęcone uczczeniu ważnych rocznic, zasłużonych ludzi, lub też poświęcone ważnym sprawom naukowym, obchodzącym zarówno lekarzy praktyków jak i teoretyków. Wspomniałem już o wydaniu w r. 1896 zeszytu »Nowin«, zawierającego wyłącznie prace oryginalne z okulistyki, a poświęconego Prof. Wicherkiewiczowi. W roku 1897 zeszyt lutowy został poświęcony Prof. W. Brodowskiemu »w dniu ukończenia 70 półroczy nauczycielskiej działalności«. Zeszyt ten, ozdobiony dobrze wykonanym wizerunkiem jubilata, zawiera kilkanaście prac oryginalnych, napisanych przez W. Janowskiego, Flataua, Browicza, Steinhausa, Kopytowskiego, Dzierżawskiego, Dunina, Ciechanowskiego, Dmochowskiego, Przewoskiego, Markusfelda, Święcickiego i Zygmunta Laskowskiego. W r. 1900 zeszyt z dnia 1. czerwca został poświęcony Wszechnicy Jagiellońskiej z powodu pięćsetnej rocznicy jej odnowienia. W roczniku XVI, wydanym w r. 1904, zeszyt styczniowy wydany wraz z lutowym sprawia imponujące wrażenie. Poświęcony on został rozmaitym zagadnieniom z dziedziny gruźlicy [13]). Zeszyt kwietniowy tegoż roku zawiera prace oryginalne, wyłącznie nad rakiem, a mianowicie rozprawy: Nowickiego ze Lwowa, Serkowskiego z Łodzi, Prof. Hlavy z Pragi, Sędziaka z Warszawy, Lachsa z Krakowa, A. Rydygiera ze Lwowa, Prof. Deyla z Pragi, Bugla z Paryża i Doc. Pithy z Pragi.

Mimo niestrudzonych zabiegów redaktora coraz trudniej było utrzymać »Nowiny lekarskie« na dawnym wysokim poziomie. W r. 1900 zostały one przekształcone na dwutygodnik, lecz już w następnym roku zaczęły znów wychodzić jako miesięcznik. Od r. 1901 zaczęły »Nowiny« coraz więcej uwzględniać dział referatowy, stosując się do życzenia wielu czytelników, a zarazem uwzględniając uwagi zamieszczone w tej sprawie w »Krytyce lekarskiej« przez Dunina [14]). Lecz i ta zmiana, zaprowadzona w »Nowinach«, nie wpłynęła na polepszenie ich bytu. Na czele pierwszego zeszytu z 1904 roku wydrukowała Redakcya odezwę do współpracowników i czytelników, w której nie tai, że »Nowiny« niestety w coraz trudniejszych wychodzą warunkach. Jako bezpłatny dodatek do tego zeszytu, została załączona reprodukcya sztychu Antoniego Oleszczyńskiego. Rycina przedstawia Józefa Strusia przy łożu chorego sułtana tureckiego. Redakcya zapowiedziała jednocześnie, że wizerunek Strusia będzie początkiem »Albumu wszystkich wybitnych lekarzy polskich«, o ile liczba abonentów »Nowin« powiększy się. Istotnie wydawanie Albumu znacznie przy-

---

[13]) Zawiera on prace oryginalne następujących autorów: Prof. Ciechanowskiego, Doc. Kučery, Moraczewskiego, A. Sokołowskiego, Gantza, Halperna, Prof. Thomayera z Pragi, Gałeckiego z Goerbersdorfu, Pelnara z Pragi, Zembrzuskiego, Prof. Frankenbergera z Pragi, Łuniewskiego z Warszawy, A. Karwowskiego z Poznania i Maliniaka.

[14]) »Nowiny lekarskie«, 1900, Nr 22. z dnia 15. listopada.

czyniło się do powodzenia »Nowin« [15]). W ciągu kilku lat wydały »Nowiny« nakładem redaktora sporo portretów, tworzących pierwszą seryę albumu. Po złożeniu przez Dr Święcickiego urzędu redaktora z końcem roku 1906, dalsze tablice albumu zaczęły rzadko wychodzić, a obecnie od pewnego czasu nastąpiła przerwa w tem pożytecznem i pięknem wydawnictwie.

W roku 1904, w którym zaczął wychodzić album wybitnych medyków polskich, przystąpiła redakcya »Nowin« do bardzo poważnego wydawnictwa, które, gdyby się było powiodło, przyniosłoby wielki pożytek lekarzom polskim. Pełen inicyatywy i najlepszych chęci redaktor »Nowin« postanowił własnym nakładem rozpocząć wydawnictwo najcelniejszych pism znakomitych lekarzy i przyrodników polskich. Wydawnictwo miało nosić nazwę »Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego«. Zadaniem jej miało być pogłębianie myśli naukowej współczesnego pokolenia lekarzy i zachowanie ciągłości naszej tradycyi naukowej [15]). Każdy tom wydawnictwa miał mieć obszerny wstęp, zawierający życiorys autora przedrukowanych pism, tudzież rozbiór ich. Początek zamierzonej Biblioteki miało stanowić krytyczne wydanie »Teoryi jestestw organicznych« Jędrzeja Śniadeckiego, ponieważ właśnie wówczas ubiegało sto lat od pierwszego wydania tego dzieła, stanowiącego chlubę naszego piśmiennictwa naukowego. Niestety nowe wydawnictwo nie znalazło poparcia ze strony lekarzy, choć prenumerata roczna była nader nizka. Co więcej, jedno z najpoważniejszych czasopism lekarskich polskich zajęło nieprzychylne względem zamierzonego wydawnictwa stanowisko. Wobec tych okoliczności redakcya »Nowin« postanowiła wydać jedynie »Teoryę jestestw organicznych«, wyznaczając za to dzieło tak nizką w prenumeracie cenę, że nawet nie pokrywała kosztów papieru i druku [17]). W rzeczy samej, po nader starannem, a przeto i bardzo kosztownem wydaniu dzieła Śniadeckiego, Dr Święcicki zaniechał dalszego wydawnictwa zamierzonej Biblioteki. Szkoda wielka, że z braku poparcia ogółu lekarzy inicyatywa redaktora »Nowin« nie została uwieńczona pożądanym skutkiem. Należy mu się jednak wdzięczność i za to, co w tym kierunku zrobił: za wydanie »Teoryi jestestw organicznych«, której trzy poprzednie wydania oddawna już były wyczerpane. Byłem trochę wtajemniczony w zamiary wydawnicze Dra Święcickiego, przeto tembardziej ubolewam, że dobre chęci redaktora »Nowin« spotkały się na samym początku z obojętnością.

Gdyby wydawnictwo »Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego« znalazło było w swoim czasie poparcie, mielibyśmy już z pewnością wydania krytyczne najważniejszych pism Chałubińskiego, Dietla, Hoyera, Matlakowskiego i innych znakomitych medyków polskich. Pisma ich, posiadające dużą wartość, rozproszone są przeważnie w dawnych rocznikach rozmaitych czasopism, a przeto współczesnemu pokoleniu lekarzy polskich prawie zupełnie nieznane. »Cudze chwalimy, swego nie znamy, sami nie wiemy, co posiadamy«, i wiedzieć nie chcemy. Przypominam, że Redakcya »Nowin lekarskich« przystąpiła do wydawania »Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego« w r. 1904. W sześć lat później przystąpiono w Niemczech do wydawania podobnej biblioteki pod nazwą »Klassiker der Medizin«, w której pod redakcyą historyka medycyny Sudhoffa, wyszło już wiele pism zarówno obcych, jak i niemieckich autorów, a między nimi Helmholtza, Henlego, Virchowa, Kocha i innych. Widocznie wydawnictwo to cieszy się w Niemczech wielkiem powodzeniem, bo rychło wychodzą tomiki za tomikami. Mogliśmy w tym względzie wyprzedzić Niemców, lecz snać nie doroślismy jeszcze do zrozumienia doniosłości naukowej i narodowej tego rodzaju wydawnictw. Sądzę jednak, że wcześniej lub później inicyatywa Dra Święcickiego zostanie podjęta przez jaką instytucyę n. p. Kasę im. Mianowskiego, lub przez którekolwiek z naszych czasopism lekarskich, zwłaszcza, że wydawanie peryodycznie pism wybitnych lekarzy i przyrodników naszych nie pociągnie wielkich kosztów, a pożytek niewątpliwie duży przynieść może.

Dr Święcicki i jako pracownik na niwie naukowej, i jako naczelny redaktor »Nowin lekarskich« położył wielkie zasługi społeczne, za które go niejednokrotnie spotykały zaszczytne odznaczenia. W r. 1900, gdy Wszechnica Jagiellońska obchodziła pięćsetną rocznicę swego odnowienia, mianowała redaktora Święcickiego honorowym doktorem medycyny. Nasze Towarzystwa lekarskie nie szczędziły również uznania Dr Święcickiemu, mianując go swym członkiem honorowym.

Po długiej, pełnej poświęcenia pracy, złożył Dr Święcicki redakcyę »Nowin lekarskich« w ręce Stanisława Łazarewicza, który redaguje »Nowiny« bez przerwy od początku roku 1907, przy udziale komitetu redakcyjnego, składającego się obecnie z D-rów: Chłapowskiego, Dziembowskiego, Kapuścińskiego, Panieńskiego, Fr. Zakrzewskiego, Mieczkowskiego, Pomorskiego, Niegolewskiego, Stasińskiego, Karwowskiego, Krysiewicza, Skoczyńskiego, Szumana, Dembińskiego i Gantkowskiego. Wszyscy wymienieni członkowie komitetu pracują w nim od początku r. 1907, prócz St. Szumana, który znacznie później do komitetu redakcyjnego przystąpił. Nadto nadmienić należy, że do grona członków redakcyi należał także Dr Schultz w r. 1907. Liczba współpracowników, których nazwiska wymieniane są na okładce »Nowin lekarskich«, za czasów redaktorstwa Dra Łazarewicza nie tylko nie zmniejszyła się w porównaniu z liczbą współpracowników dawniej wymienianych, ale nawet wzrosła. I tak w roku 1907 było wymienionych na okładce »Nowin« 151 współpracowników, w r. 1908 — 160, w r. 1909 — 165, w r. 1910 — 181, w r. 1911 — 180 i w r. 1912 — 185.

Redaktor Łazarewicz, o którego zasługach nie czas jeszcze pisać, bo działalność jego redaktorska nie jest bynajmniej ukończona, prowadzi »Nowiny lekarskie« w takim samym kierunku, w jakim były prowadzone przed objęciem przezeń urzędu redaktora, a więc zwracając największą uwagę na dział sprawozdań z bieżącego piśmiennictwa lekarskiego. Obok artykułów oryginalnych dużo miejsca poświęcają »Nowiny« również sprawozdaniom poglądowym, których spora liczba wyszła z pod pióra samego redaktora. Pod względem objętości roczniki »Nowin«, wydane pod redakcyą Dra Łazarewicza nie ustępują poprzednim. Pierwszy zeszyt »Nowin« wydany pod nową

---

[15]) Fr. Chłapowski: 24-letnie dzieje »Nowin lekarskich«. »Nowiny lekarskie« 1913, Nr 1.

[16]) Odezwa Redakcyi »Nowin lekarskich«. »Nowiny lekarskie, 1904, Nr 5, str. 281.

[17]) Nowiny lekarskie, 1905. Nr 1, str. 62.

redakcyą został poświęcony H. Święcickiemu »w uznaniu pełnej poświęcenia pracy i niespożytych zasług około »Nowin lekarskich«. Za redaktorstwa Dra Łazarewicza zostało wydanych i kilka innych zeszytów okolicznościowych »Nowin«, a mianowicie zeszyt grudniowy w 1910 roku został poświęcony Prof. Cybulskiemu z powodu ćwierćwiekowej działalności nauczycielskiej; zeszyt styczniowy w r. 1911 Ignacemu Zielewiczowi, współzałożycielowi »Nowin«, z powodu 25-letniej działalności na stanowisku ordynatora oddziału chirurgicznego w Szpitalu Przemienienia Pańskiego; wreszcie zeszyt lipcowy z tegoż roku »Przeglądowi lekarskiemu« z powodu 50 letniego jubileuszu.

Dr Łazarewicz dużo poświęca czasu i umiejętnej pracy, aby »Nowiny lekarskie« odpowiadały swemu zadaniu. Praca obecnego redaktora jest bodaj jeszcze cięższa, aniżeli poprzednich redaktorów, gdyż »Nowiny« wychodzą w coraz trudniejszych warunkach, a mimo tego starają się utrzymać na wysokim poziomie naukowym. W uznaniu rzetelnych zasług Dra Łazarewicza, położonych w arcyuciążliwem prowadzeniu »Nowin«, Towarzystwo lekarskie Krakowskie mianowało go niedawno swym członkiem honorowym.

Pisząc o tych, którzy dużo pracy »Nowinom lekarskim« poświęcili, nie godzi się zapomnieć i o F. Zakrzewskim, który przeszło dziesięć lat był wzorowym administratorem »Nowin«.

Teraz, po 24 latach sumiennej pracy, włożonej przez tylu ludzi w jedyne czasopismo lekarskie polskie w zaborze Pruskim, »Nowiny lekarskie« stoją przed nowemi trudnościami, wynikającemi przedewszystkiem z powodu zbyt małego popierania ich przez ogół lekarzy polskich. Obowiązkiem naszym jest podtrzymywać tę placówkę naukową polską, tembardziej, że znajduje się ona na zagrożonym posterunku. Łatwiej moglibyśmy przeboleć upadek czasopisma naukowego w Krakowie, Lwowie, a nawet w Warszawie, aniżeli w Poznaniu, gdzie raz zgaszone ognisko kultury naszej nie łatwo daje się z powrotem rozniecić. Tam nawet najdrobniejszej placówki powinniśmy bronić ze wszystkich sił.

Gdy myślę o najbliższej przyszłości »Nowin lekarskich«, mimowoli przypomina mi się ustęp ze wspomnień X. Pawlickiego o Józefie Mianowskim. X. Pawlicki, były docent Szkoły Głównej Warszawskiej, spotkał się pewnego razu w Rzymie w jednym domu polskim z Mianowskim, który po zamknięciu Szkoły Głównej zamieszkał we Włoszech. »Ponieważ byłem już kapłanem, — pisze X. Prof. Pawlicki — a wielu obecnych nie wiedziało nic o mojej docenturze warszawskiej, przedstawiali mnie mojemu dawnemu rektorowi, jako rettore del Collegio Polacco. Mianowski zaśmiał się, widząc mnie w sutannie, bo nie słyszał był o mojem wstąpieniu do stanu duchownego. Winszował mi wtedy rektorstwa kollegium polskiego. A ja także z uśmiechem odparłem: co znaczyć może rektorstwo kollegium polskiego obok rektora Szkoły Głównej! A Mianowski z westchnieniem odparł na to: »Lepiej być rektorem nawet małego zakładu, niż żadnym rektorem«. Wygłosił w prostej formie wielką prawdę [1]). Zaiste, prosta to, a zarazem wielka prawda, o której zwłaszcza my Polacy nie powinniśmy nigdy zapominać. Należy nam o tem zawsze pamiętać, że każdą instytucyę, choćby chylącą się do upadku, choćby chwilowo mało żywotną, należy za wszelką cenę podtrzymywać, bo później, wobec sprzyjających okoliczności, stokroć łatwiej będzie rozwijać ją, aniżeli tworzyć całkiem nową. Dlatego, gdyby nawet dla »Nowin lekarskich« nadeszły jeszcze gorsze czasy, aniżeli obecne, lepiej zgodzić się na to, aby wychodziły w dwukrotnie, w czterokrotnie, a nawet w dziesięćkrotnie mniejszej objętości, niż pozwolić im upaść zupełnie. Lepiej mieć nawet bardzo skromne pisemko naukowe, aniżeli nie mieć żadnego. Podtrzymywanie ciągłości tradycyi wszystkiego dobrego i pożytecznego, niedopuszczanie do przerywania się tej tradycyi, oto jedno z naczelnych zadań społeczeństw, które wierzą w swoją przyszłość.

Dopóki wśród lekarzy poznańskich będą żyć ideały Karola Marcinkowskiego, możemy być spokojni o byt każdej placówki ich pieczy powierzonej, a więc i o byt »Nowin lekarskich«, które, oby rozwijały się jak najpomyślniej na pożytek nauki polskiej, na chlubę lekarzy wielkopolskich!

[18]) X. Dr Stefan Pawlicki, prof. uniw. Jubileusz Szkoły Głównej. Głos Narodu, 1912, Nr 281 z d. 8. grudnia.

Znaczenie morfologiczne fałdów otrzewnej około kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego człowieka.

Podał

K. Kostanecki

U wszystkich ssaków i u człowieka tworzy kiszka ślepa i ewentualne jej przedłużenie w postaci wyrostka robaczkowego (jak u wyższych małp i u człowieka) wypuklenie kiszki grubej w kierunku jelita biodrowego; jest to niejako uchyłek kiszki grubej, wytworzony przez część jej ściany, a mianowicie część ściany, przeciwległą przyczepowi krezki (mesenterium dorsale), tak, iż z tego względu kiszka ślepa zwierząt ssących przedstawia typ, który nazwać możemy »coecum ventrale« [1]).

Ale ani kiszka ślepa ssaków, ani kiszka ślepa z wyrostkiem robaczkowym człowieka nie tworzy wypuklenia swobodnie zupełnie wyrastającego, lecz pozostaje w całej swej długości w związku ze ścianą kanału pokarmowego, względnie jego krezką, przez fałdy otrzewnej.

U człowieka występują trzy fałdy: jeden fałd przedni, rozpoczynający się od krezki kiszki grubej i gubiący się w dolnej części kiszki ślepej, nie dochodząc zazwyczaj do początku wyrostka robaczkowego. Fałd ten najczęściej na-

[1]) Takie »coecum ventrale«, jako wypuklenie wentralnej części ściany kiszki grubej, jest dopiero stałym nabytkiem ssaków. U najniższych kręgowców przedstawia się kiszka ślepa jako wypuklenie ściany tylnej, zwróconej ku krezce (coecum dorsale), u gadów spotykamy kiszkę ślepą albo zwróconą ku tyłowi, albo też do boku ku lewej lub prawej stronie, a więc »coecum dorsale« albo »coecum laterale«, u ptaków mamy stosunki o tyle zupełnie odrębne, że spotykamy u przeważnej ich liczby podwójną kiszkę ślepą, z których jedna wypukla się z lewej, druga z prawej strony, choć nie zupełnie symetrycznie. U niektórych tylko ptaków (czapli, Ardeidae) mamy kiszkę ślepą nieparzystą, leżącą podobnie jak u ssaków, wentralnie.

zywany jest »plica mesenterico-coecalis« (plica ileo-colica lub plica ileo-coecalis anterior). Drugi fałd, (którego cały przebieg najlepiej wówczas możemy śledzić, jeśli końcowa część jelita biodrowego i początek jelita grubego nie są przyklejone do tylnej ściany brzusznej, lecz mają choćby częściowo swobodną krezkę), rozpoczyna się na tylnej powierzchni krezki, biegnie po tylnej ścianie kiszki ślepej do wyrostka robaczkowego, gubiąc się dopiero ku jego końcowi. Fałd ten tylny jest o wiele silniejszy, aniżeli fałd przedni, więcej odstający, kształtu sierpowatego, a znany ogólnie jest pod nazwą krezeczki wyrostka (mesenteriolum processus vermiformis).

Zarówno przedni, jako też tylny fałd zawiera naczynia krwionośne, przeznaczone dla kiszki ślepej, względnie tylny fałd dla wyrostka robaczkowego.

Pomiędzy tymi dwoma fałdami znajduje się fałd trzeci, środkowy, biegnący pomiędzy jelitem biodrwem, a kiszką ślepą, względnie wyrostkiem robaczkowym, fałd, opisany przez Luschkę [2]) pod nazwą »plica ileo-coecalis«, następnie najczęściej nazywany »plica ileo-appendicularis«. Fałd ten na jelicie biodrowem kończy się zazwyczaj nie nagle, lecz tworzy smugę coraz delikatniejszą, którą nieraz na znaczniejszej odległości wyśledzić można; brzeg jego zwrócony ku kiszce ślepej i wyrostkowi robaczkowemu łączy się i zrasta w znaczniejszej swej dolnej części w jeden fałd z fałdem naczyniowym tylnym, czyli krezeczką wyrostka (mesenteriolum).

Pomiędzy dwiema blaszkami otrzewnej, tworzącemi ten fałd, znajdują się włókna mięsne gładkie, poza tem fałd ten przedstawia się najczęściej, a mianowicie u zarodków i noworodków, jako przeźroczysta cienka błona, może jednakowoż zawierać także, choć małe gałązeczki naczyń, pochodzące od tętnicy, zaopatrującej wyrostek robaczkowy, które w miejscu połączenia się tego fałdu z krezeczką wyrostka (mesenteriolum) nań się zakręcają (rami recurrentes arteriae appendicularis); czasem zawiera ten fałd tkankę tłuszczową, i to nawet w bardzo znacznej ilości.

Gdy poprzednio opisane fałdy, t. j. »plica mesenterico-coecalis« i »krezeczka«, wyraźnie tłómaczą się jako fałdy naczyniowe, znaczenie morfologiczne fałdu środkowego jest zupełnie inne. Przebiegiem naczyń żadną miarą tłómaczyć go nie można, jak to czynią niektórzy autorowie; pomijam również i inne, dawne, nieudatne mem zdaniem objaśnienia.

Dopiero badania porównawczo-anatomiczne i rozwojowe pozwalają nam zrozumieć powstanie tego fałdu.

Dla zwierząt ssących możemy stwierdzić istnienie pewnego zasadniczego typu pod względem zachowania się fałdów idących ku kiszce ślepej.

Coprawda napotykamy tu przy ocenianiu stosunków u różnych zwierząt na znaczne trudności.

Przedewszystkiem co do samej kiszki ślepej mamy u różnych grup ssaków ogromne różnice; niektóre ssaki nie posiadają wogóle kiszki ślepej, u niektórych dosięga ona natomiast ogromnych rozmiarów, a między temi dwiema ostatecznościami mamy mnóstwo form przejściowych co do wielkości, a ogromną różnorodność co do kształtu; u wyższych małp i u człowieka końcowa część kiszki ślepej [3]) pozostaje znacznie wstecz w rozwoju w porównaniu z częścią początkową i tworzy t. zw. wyrostek robaczkowy.

O ile końcowa część jelita biodrowego i kiszka gruba mają swobodną pierwotną swą krezkę, stosunki fałdów otrzewnej są przejrzystsze, natomiast znacznie więcej skomplikowane będą one wówczas, gdy następują sklejenia otrzewnej kiszki grubej, a z nią nieraz i kiszki ślepej, z otoczeniem; przypominam tu n. p. spiralny skręt początku kiszki grubej u przeżuwaczy, gdzie skręty spiralne są nietylko między sobą posklejane, ale i przyrośnięte do ściany krezki; podobne, choć mniej wybitne sklejenia mamy i u innych zwierząt. Zaciera się również pierwotny stosunek fałdów, jeśli się kiszka ślepa lub początek kiszki grubej skleją z ościenną blaszką otrzewnej, zyskując w ten sposób stałe przytwierdzenie do tylnej ściany brzusznej, jak to widzimy u człowieka, a ponad to u niektórych zwierząt, podobnie jak u człowieka, skręt kiszki grubej wobec jelita cienkiego i charakterystyczne skrzyżowanie się z niem zmienia zasadniczo stosunki topograficzne.

To też chcąc obrazy kiszki ślepej u różnych zwierząt porównywać, trzeba w tych razach, gdzie stosunki topograficzne czy to skutkiem sklejenia, czy też skutkiem skrętu kiszki grubej i skrzyżowania się z jelitem cienkiem uległy zmianie, przedewszystkiem przywrócić sobie w myśli obraz, jaki przedstawiał przewód pokarmowy u zarodka, zanim skrętu dokonał i dopóki miał typową ruchomą krezkę grzbietną (mesenterium dorsale).

Przy tego rodzaju analizie dla wszystkich zwierząt ssących, które kiszkę ślepą posiadają, można ustalić główne zasadnicze cechy zachowania się otrzewnej, a różnice sprowadzić do zjawisk drugorzędnych. W ten sposób uzyskujemy pewien ogólny zasadniczy typ fałdów otrzewnej.

Jako taki prototyp, niezatarty żadnemi drugorzędnemi zmianami, wskazał Treves [4]) w swej znakomitej pracy stosunki, które spotykamy u małpy Ateles. Treves wykazał, że ku kiszce ślepej biegną tam od prawej i lewej strony krezki symetrycznie dwa równomiernie rozwinięte fałdy naczyniowe, a między nimi biegnie fałd, łączący jelito biodrowe z kiszką ślepą, fałd zupełnie nieunaczyniony, zupełnie samodzielny, nie łączący się z żadnym z fałdów naczyniowych. Fałd ten nazywa Treves »the bloodless fold«, w literaturze nazywany jest albo odpowiednio do analogicznego fałdu u człowieka »plica ileocoecalis«, albo, głównie u angielskich autorów, »the middle«, albo »the inter. mediate fold« albo też »the intermediate non vascular fold«.

Zupełnie podobne stosunki, jak Treves u Ateles, znalazłem u Cryptoprocta ferox [5]); uprzytomniają nam je ryc.

---

[2]) Die organische Musculatur innerhalb verschiedener Falten des menschlichen Bauchfells. Archiv für Anatomie und Physiologie 1862.

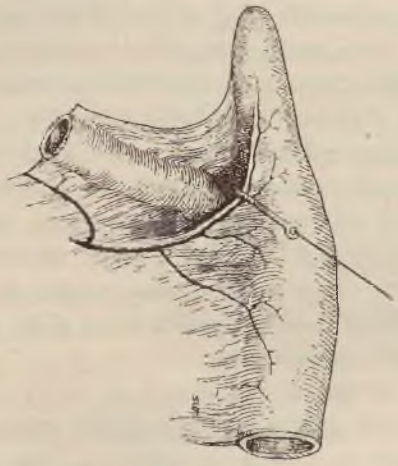
[3]) Nazwy »kątnica« dla oznaczenia »coecum« unikam, ponieważ tylko u człowieka i nielicznych zwierząt spotyka się istotnie jelito cienkie z kiszką grubą pod kątem, u przeważnej części tworzy końcowa część jelita biodrowego i początkowa część kiszki grubej razem łukowatą pętlę. Mem zdaniem nazwy i w anatomii ludzkiej powinny, o ile możności, uwzględniać stosunki porównawczo-anatomiczne.

[4]) Hunterian Lectures. The anatomy of the Intestinal Canal and Peritoneum in Man. British medical Journal 1885.

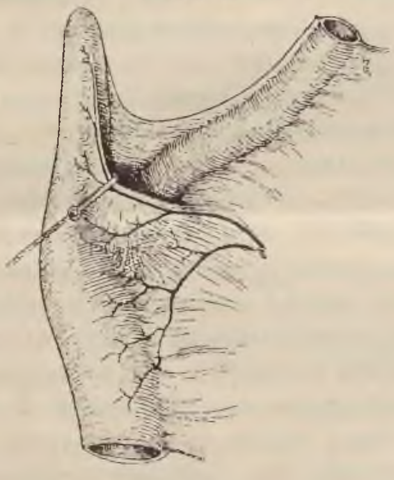
[5]) Bardzo ładnie zachowany przewód pokarmowy tego rzadkiego zwierzęcia zawdzięczam uprzejmości dyrektora muzeum zoologicznego berlińskiego, prof. A. Brauera.

1, 2 i 3. Widzimy i tutaj dwa symetryczne od krezki ku kiszce ślepej biegnące fałdy naczyniowe, jeden prawy, drugi lewy, zawierające gałązki tętnicze i żylne (art. coecalis dextra et sinistra), pochodzące od tętnicy krezkowej górnej (art. mesenterica sup.).

Aby módz niezależnie od zmian położenia topograficznego i skrętów pętli przewodu pokarmowego fałdy te u różnych zwierząt między sobą porównywać, musimy je nazwać »plica vasculosa mesenterico-coecalis dextra (ryc. 1) et sinistra« (ryc. 2).

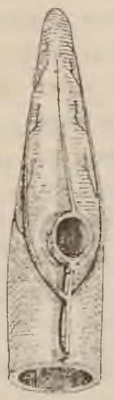


Ryc. 1.



Ryc. 2.

W zupełnie równym odstępie między fałdami naczyniowymi biegnie samodzielny zupełnie fałd, łączący grzbietną stronę kiszki ślepej ze ścianą jelita biodrowego wentralną, t. j. przeciwległą przyczepowi krezki (por. ryc. 1 i 2). W rycinie 3 widzimy początek kiszki grubej z kiszką ślepą,



Ryc. 3.

jako też w przekroju końcowy kawałek jelita cienkiego i ku nam zwróconą przekrojoną krezkę; od niej odchodzą symetrycznie lewy i prawy fałd naczyniowy, w środku między nimi przebiega fałd nieunaczyniony od kiszki ślepej ku jelitu biodrowemu, w tym obrazie widoczny również w przekroju.

Fałd ten nazywać będę »vinculum ileo-coecale« tam, gdzie jak u człowieka, idzie on ku końcowej części kiszki ślepej zredukowanej do wyrostka robaczkowego, »vinculum ileo-coeco-appendiculare«. Fałd ten, jak to na rycinach widzimy u Cryptoprocta ferox, a podobnie i u wielu zwierząt, wydłuża się na ścianie jelita biodrowego w smugę, która nieraz na bardzo długiej przestrzeni się ciągnie; smugę tę nazywać będę »stria iliaca«; spotykamy ją jako przedłużenie »vinculum ileo-coeco-appendiculare« także bardzo wyraźnie i u człowieka.

Przez nazwę »vinculum ileo-coecale« chciałbym zaznaczyć, że fałd ten łączy stale jelito biodrowe z kiszką ślepą, t. j. że spotykamy go zawsze u wszystkich zwierząt ssących, posiadających kiszkę ślepą i że jest on przypomnieniem stosunku rozwojowego, jaki istnieje między kiszką ślepą, a główną cewką przewodu pokarmowego.

Wiemy bowiem dzisiaj, że pierwszy zawiązek kiszki ślepej zaznacza się jako zgrubienie warstwy mezodermalnej, wychodzące ze ściany kiszki grubej, ale ciągnące się pod blaszkę otrzewną wzdłuż ściany jelita biodrowego; w to zgrubienie mezodermalne wrasta dopiero następnie nabłonek entodermalny jelita grubego, tworząc ślepo kończący się zaułek; czyli, że kiszka ślepa nie rozwija się jako swobodne wypuklenie z kiszki grubej, lecz zgrubienie mezodermalne wzdłuż jelita cienkiego zaznacza drogę dla jej rozwoju. Nawet gdy już zaczną się wybitnie różnicować warstwy mięsne jelita cienkiego i kiszki ślepej, obydwie cewki przylegają ściśle do siebie i wspólna jeszcze otacza je błona otrzewna; w miarę rozrostu światła i zgrubienia ścian zaczyna dopiero kiszka ślepa, i to najpierw oczywista swą końcową częścią, oddalać się od jelita biodrowego, zaczyna się wobec tego zaznaczać przewężenie między obydwiema cewkami, ale otrzewna, która je od początku wspólnie obejmowała, pozostaje jako stały łącznik między niemi; a w miarę oddalania się kiszki ślepej lewa i prawa blaszka otrzewnej zbliżają się do siebie i wytwarza się fałd, złożony tylko z tych dwóch blaszek otrzewnej, którego kształt sierpowaty tłómaczy się tem, że kiszka ślepa, początkiem swym z kiszką grubą złączona, końcową swą częścią w coraz wyższym stopniu się oddala.

I u zwierząt i u człowieka wśród tego fałdu można znaleźć pojedyncze włókna mięsne, przechodzące z warstwy mięsnej podłużnej jelita biodrowego ku kiszce ślepej. Powstanie tego fałdu ze zbliżenia się lewej i prawej blaszki otrzewnej, która pokrywała warstwę mięsną przewodu pokarmowego, najzupełniej istnienie tych włókien tłómaczy. U przeważnej części zwierząt ssących to zgrubienie mezodermy sięga na dłuższej przestrzeni jelita biodrowego; prawdopodobnie pierwotne zgrubienie mezodermalne przy szybkim bardzo rozroście jelita cienkiego na długość zostaje w kierunku podłużnym pociągnięte. Gdy potem wypukli się światło nabłonkowe kiszki ślepej, nie wyrasta ono w kierunku podłużnym równie daleko, jak zawiązek mezodermalny; jako ślad pierwotnego zawiązka pozostaje wzdłuż jelita biodrowego smuga, tworząca oczywiście prze-

dłużenie omawianego właśnie »vinculum ileo-coecale«, smuga, którą nazwałem »stria iliaca« [6]).

Stosunki rozwojowe pozwalają nam tem lepiej zrozumieć i w zupełnie prosty mechaniczny sposób sobie wytłomaczyć, dlaczego naczynia krwionośne, zdążające do kiszki ślepej (względnie wyrostka robaczkowego), wyswobadzają się ponad powierzchnię krezki i jelita, wznosząc ze sobą otrzewnę w postaci fałdów.

Zawiązek kiszki ślepej tworzy się z kiszki grubej, z tych też naczyń, które kiszkę grubą zaopatrują, wrastają gałązki w zawiązek kiszki ślepej. A że ta jest w łączności z jelitem biodrowem przez »vinculum ileo-coecale«, a jelito biodrowe wraz z początkiem kiszki grubej nie przebiega prosto, lecz tworzy pętlę (ansa ileo-coecalis), więc naczynia krwionośne, zdążające ku kiszce ślepej, czyli poza obwód właściwy pierwotnego przewodu pokarmowego celem jaknajszybszego dojścia do końcowego miejsca przeznaczenia, mają tendencyę wyswobodzenia się ze związku ze ścianą jelita i podnoszą wraz z sobą otrzewnę w postaci fałdu.

Obraz fałdów otrzewnej, jakie Treves opisał u Ateles, jakie opisałem powyżej u Cryptoprocta ferox, t. j. że mamy niezależne od siebie zupełnie trzy fałdy, dwa symetryczne fałdy naczyniowe, »plica vasculosa dextra et sinistra« i »vinculum ileo-coecale«, przechodzące »w stria iliaca«, spotykamy tylko u nielicznych zwierząt, n. p. pomimo pewnych drugorzędnych zmian spotykamy zasadniczo ten sam obraz bardzo wybitnie u konia. Przeważnie jednakowoż stosunki tych fałdów ulegają zmianie, a mianowicie wchodzą tu w grę przedewszystkiem dwa czynniki:

1) Fałdy naczyniowe mogą się rozwinąć nierówno skutkiem tego, że jedna tętnica, zaopatrująca kiszkę ślepą, rozwija się znacznie silniej od drugiej, fałd zatem prawy może być rozwinięty znacznie silniej, niż lewy, albo odwrotnie.

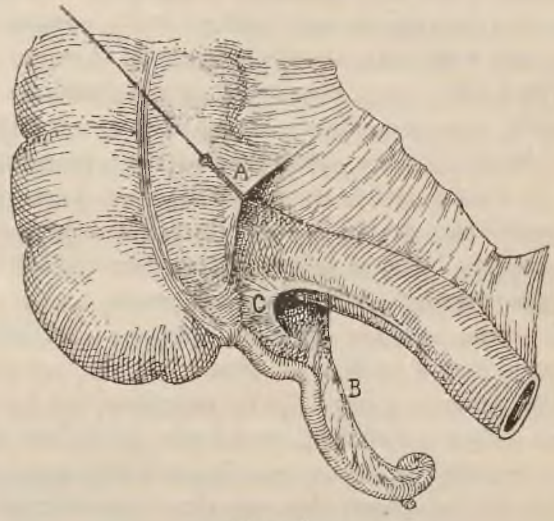
Niesymetrya w rozwoju obydwu fałdów naczyniowych może być u niektórych zwierząt tylko nieznaczna, u niektórych natomiast może być różnica bardzo wybitna, a nawet może się zachować tylko jeden fałd naczyniowy skutkiem tego, że tylko jedna tętnica, lewa czy prawa, ku kiszce ślepej zdąża.

2) Fałd naczyniowy słabiej rozwinięty pozostaje fałdem samodzielnym, natomiast fałd naczyniowy silniej rozwinięty zazwyczaj spotyka się i zrasta z fałdem środkowym, z »vinculum ileo-coecale«, przez co od miejsca połączenia się tych dwóch fałdów samodzielność ich się zatraca. Połączenie to odnieść należy do wczesnych okresów rozwojowych; gałązki silniejszych naczyń biegnących w fałdzie otrzewnej, rozrastając się na kiszce ślepej, napotykają na fałd środkowy (vinculum ileo-coecale) i korzystają z niego, aby jak najszybciej i w warunkach najkorzystniejszych dotrzeć do końca kiszki ślepej (u człowieka do wyrostka robaczkowego).

[1]) Analogiczne zupełnie stosunki tak co do rozwoju kiszki ślepej, co do rozwoju »vinculum ileo-coecale«, jako też »stria iliaca« mamy u ptaków, z tą tylko różnicą, że mamy tam podwójne zawiązki parzystej kiszki ślepej, skutkiem tego i dwa »vincula ileo-coecalia«, dwie »striae iliacae«.

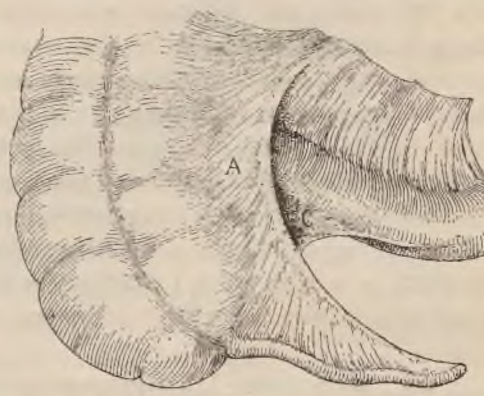
O ile znowuż stosunki u ptaków i ssaków wyprowadzić możemy ze stosunków, jakie spotykamy u niższych kręgowców, t. j. gadów, płazów i ryb, tego w niniejszym krótkim szkicu omawiać nie mogę, ponieważ musiałbym dokładniej zastanawiać się nad różnorodnymi stosunkami, jakie u nich spotykamy.

U człowieka fałdy naczyniowe lewy i prawy skutkiem skrętu, jaki wykonywa jelito w życiu płodowem, przedewszystkiem skutkiem podkowiastego przebiegu kiszki grubej, zmieniły zupełnie swe położenie, ale jeżeli uprzytomnimy sobie pierwotne położenie cewki przewodu pokarmowego i jej krezki, albo jeśli mamy przed sobą przewód pokarmowy z zachowaną nie przyklejoną do ściennej blaszki otrzewnej krezką (mesenterium dorsale) w okolicy jelita biodrowego i kiszki grubej, możemy stwierdzić (por. ryc. 4),



(Ryc. 4).

że fałd prawy (A), zawierający mniejsze gałązki naczyniowe tworzy fałd przedni, fałd lewy (B) natomiast, zawierający gałązki znacznie silniejsze, a zaopatrujące pierwotną lewą stronę kiszki ślepej, a następnie cały wyrostek robaczkowy zwrócony jest ku tyłowi. Fałd ten właśnie łączy się i zrasta z »vinculum ileo-coecale« (C), a w anatomii ludzkiej ze względu, że doprowadza naczynia do wyrostka robaczkowego, nosi oddawna nazwę »mesenteriolum processus vermiformis« (B). Nazwa morfologicznie nie słuszna, bo geneza tego fałdu jest inna zupełnie, aniżeli krezki całego przewodu pokarmowego, (mesenterium). Morfologiczna jego nazwa powinna pozostać »plica vasculosa mesenterico-coeco-appendicularis sinistra« albo ze względu na położenie topograficzne można go nazwać u człowieka «plica vasculosa mesenterico-coeco-appendicularis posterior«. Znane są jednakowoż przypadki u człowieka (por. ryc. 5), w których »mesenteriolum« przebiega od krezki jelita grubego do przodu (A), poprzed końcową częścią jelita biodrowego, łącząc się z fałdem środkowym (C), z »vinculum ileo-coecale«, natomiast fałd na-



(Ryc. 5).

czyniowy tylny jest słabo rozwinięty i tworzy tylko fałd krótki, gubiący się na kiszce ślepej. Przypadki takie spotykałem u dorosłych, u dzieci, a nawet u zarodków. W tych przypadkach naczynia prawostronne rozwinęły się silniej, a lewostronne słabiej, odwrotnie jak zwykle, i w tym razie fałd silniejszy prawy, tak tak jak zwykle lewy, połączył się z »vinculum ileo-coecale«. Ale te przypadki tem więcej wykazują nam stałość fałdu środkowego t. j. »vinculum ileo-coecale«.

Treves który pierwszy morfologicznie wykazał, iż fałd, łączący jelito biodrowe z kiszką ślepą »this singular membrane«, jest istotnie »a very general fold«, uważa to pierwotne stałe połączenie między jelitem biodrowem a kiszką ślepą jako »the true mesentery of the coecum«, u człowieka »the true mesentery of the coecum and the appendix«; fałd naczyniowy zaś doprowadzający naczynia krwionośne do kiszki ślepej i do wyrostka roboczkowego, a więc »mesenteriolum« uważa za »substituted mesentery«. Z tem zapatrywaniem Trevesa się nie godzę; jego »bloodless fold«, omawiane powyżej »vinculum ileo-coecale«, mem zdaniem morfologicznie zajmuje zupełnie odrębne stanowisko, geneza jego jest zupełnie odrębna i nie da się porównać z genezą żadnego innego fałdu otrzewnej, bo żaden inny fałd nie da się sprowadzić wyłącznie do blaszki trzewnej błony otrzewnej (lamina visceralis peritonei), a już specyalnie różni się »vinculum ileo-coecale« i genetycznie i przebiegiem swym od tych fałdów, które oznaczamy nazwą krezki (mesenterium, ogólniej »le méso« francuskich autorów), czy to krezki przewodu pokarmowego (mesenterium dorsale lub mesenterium ventrale) czy też fałdów, które nazwą krezki przy narządzie płciowym oznaczamy (mesorchium, mesovarium, mesonephridium, mesepididymis, mesosalpinx i t. d.), bo nie wyswobadza się ono z blaszki ściennej błony otrzewnej i nie łączy tak jak tamte narządu, do którego przebiega, t. j. kiszki ślepej z blaszką ścienną błony otrzewnej. Pod względem fizyologicznym wreszcie nie spełnia właśnie nigdy tej czynności, jaka przypada krezce. Przez wprowadzenie pojęcia »true mesentery«, to jest prawdziwej krezki kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego dla »vinculum ileo-coecale« względnie »ileo-coeco-appendiculare« nie uprzystępniamy sobie zrozumienia morfologicznego znaczenia tego fałdu; przeciwnie przez zestawienie z cechami, jakie łączymy z pojęciem krezki, »le méso« różnice tem bardziej się uwydatniają i właśnie odrębność morfologiczna tego fałdu tem wybitniej występuje.

Oprócz tych trzech głównych fałdów, które zawsze odnaleźć możemy, nawet przy najróżnorodniejszych położeniach kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego, a które tylko w razie bardzo znacznie przez zrosty zmienionych warunków są trudne do odnalezienia, możemy mieć w okolicy kiszki ślepej, końcowej części jelita biodrowego i początkowej części kiszki grubej u człowieka rozmaite fałdy, nieraz i w większej ilości, a między nimi i przewodem pokarmowym mniej lub więcej wyraźne, mniej lub więcej głębokie zaułki.

Fałdy te tak co do ilości, jako też co do stopnia rozwoju i co do położenia, przedstawiają się niezmiernie różnorodnie, nadzwyczaj zmiennie, tak że opisy różnych autorów nie mogą wyczerpać wszystkich obrazów i każdy, zwracający uwagę na okolicę kiszki ślepej, już w krótkim czasie znajdzie typy tych fałdów uzupełniające dotychczasowe spostrzeżenia. Pochodzi to stąd, że fałdy te nie mają stałego podkładu morfologicznego, a istnienie ich tłómaczy się tem, że pętla przewodu pokarmowego, obejmująca końcową część jelita cienkiego, kiszkę ślepą i początek kiszki grubej u zarodka w różnym czasie, różnie wysoko i w różnym stopniu skleja się czy to otrzewną swej krezki, czy też otrzewną, pokrywającą samą ścianę cewki przewodu pokarmowego, ze ścienną blaszką otrzewnej. O ile sklejenie będzie tylko częściowe, w miejscach sklejonych będziemy mieli łączność blaszki trzewnej błony otrzewnej z blaszką ścienną w postaci fałdów, a w miejscach niesklejonych zaułki (fossae, recessus). Albo też przewód pokarmowy, skleiwszy się z blaszką ścienną, może posuwać się w dalszym ciągu, aż kiszka ślepa dojdzie do prawego talerza biodrowego, w miarę wypełniania się przewodu pokarmowego czy to smółką u zarodka, czy też treścią w życiu pozapłodowem, ruchy jego wciąż się potęgują. Otóż przewód pokarmowy przy tych różnorodnych ruchach, a tem więcej przy tworzeniu się wypukleń okrężnicy i kiszki ślepej (haustra), może w miejscu sklejenia pociągać, unosić części ściennej blaszki otrzewnej i tworzyć fałdy, »plicae«, w najrozmaitszych odmianach. Do tego typu możemy sprowadzić te różnorodne fałdy, łączące czy to okrężnicę wstępującą, czy kiszkę ślepą z blaszką ścienną otrzewnej (»ligamenta coli, ligamenta coeci«, nazwane także przez niektórych autorów »ligamenta suspensoria coeci«), a podobne fałdy mogą łączyć również jelito biodrowe lub jego krezkę z tylną ścianą brzuszną. Fałdy te i zaułki między nimi lepiej możemy uwidocznić, podnosząc ku górze kiszkę ślepą; obraz ich będzie naturalnie także zależny od stanu wypełnienia kiszki ślepej i kiszki grubej czy to treścią kałową czy gazami. Fałdy te wszystkie nazwać ogólnie możemy »plicae ex adhaesione et tractione«.

W osobnej pracy [7]) zastanawiałem się nad morfologicznem znaczeniem t. n. »ligamentum appendiculo-ovaricum (Clado),« w której stwierdziłem, że, jeśli kiszka ślepa i wyrostek robaczkowy lub jego tylny fałd naczyniowy (mesenteriolum) przyklei się do tylnej ściany brzusznej wcześnie, gdy jeszcze istnieje i w tem właśnie miejscu, gdzie przebiega fałd otrzewnej, tworzący pozostałość fałdu przeponowo-pranerczowego (rudimentum plicae phrenico-mesonephricae), możemy u zarodków żeńskich otrzymać obraz fałdu, łączącego kątnicę lub wyrostek robaczkowy z więzadłem wieszadłowem jajnika (ligamentum suspensorium ovarii), i że czasem i u nowonarodzonych dzieci, a nawet u dorosłych kobiet taki fałd spotykamy. Analogiczny fałd u zarodków męskich tworzy t. zw. »plica genito-enterica« Treitza, która ku dołowi gubi się w krezce najądrza, ale w miarę, jak jądra zstępują przez kanał pachwinowy do worka mosznowego, zupełnie się zaciera.

W wyżej przytoczonej pracy analizowałem dokładniej stosunki płodowe, tyczące się związku przewodu pokarmowego z otrzewną narządu płciowego, stosunki tyczące się przebiegu naczyń jajnikowych wzgl. nasiennych i rozpatrywałem różne zapatrywania, jakie mamy w obszernej pod tym względem literaturze, tak że na uwagi tam zawarte niechaj mi wolno się będzie powołać.

---

[7]) T. n. Ligamentum appendiculo-ovaricum (Clado). Przegląd lekarski 1910.

Z zakładu anatomii patolog. Uniwers. Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor: Prof. Dr Browicz).

Z kazuistyki zmian anatomo-patologicznych w przysadce mózgowej

podał
L. K. Gliński.

W toku swoich badań nad zachowaniem się przysadki mózgowej w warunkach zwykłych i w związku z ciążą miałem niejednokrotnie sposobność spostrzegać w niej zmiany patologiczne. Parę tego rodzaju rzadszych przypadków pozwalam sobie tutaj w krótkości przytoczyć, w pierwszym rzędzie ze względu na rzadkość takich spostrzeżeń w piśmiennictwie wszechświatowem*) wogóle i brak ich zupełny (o ile mi wiadomo) w piśmiennictwie naszem rodzimem.

Gruźlica przysadki. W przypadku pierwszym, dotyczącym 10-letniej dziewczynki, zmarłej na gruźlicę prosówkową ogólną z gruźliczem zapaleniem opon głównie na podstawie mózgu, już przy wyjmowaniu przysadki zwróciło moją uwagę zgrubienie i więcej żółtawe zabarwienie jej torebki, pokrywającej górną i boczną część przysadki. Badanie mikroskopowe stwierdziło w tych miejscach znaczny rozrost z następowem serowaceniem tkanki gruźliczej, częściowo ograniczający się tylko do powierzchownych warstw torebki, częściowo jednak zajmujący również i warstwy głębsze, a nawet (od strony górnej powierzchni) miejscami wnikający w miąższ części gruczołowej i zastępujący właściwe tej części utkanie. Prócz tego w tymże przypadku stwierdziłem mikroskopowo w głębi części gruczołowej obecność paru gruzełków, usadowionych zdaleka od nacieku obwodowego. Znalezione obrazy mikroskopowe przemawiały za tem, że sprawa gruźlicza w przysadce rozwija się w tym przypadku w dwojaki sposób: w częściach obwodowych powstała ona skutkiem bezpośredniego przejścia z przyległych gruźliczo zmienionych opon miękkich, w częściach głębokich była ona natomiast wyrazem ogólnej gruźlicy prosówkowej.

Zmiany ropne w przysadce spostrzegałem w dwu przypadkach. W przypadku pierwszym 6-letnia dziewczynka zmarła na nagminne ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Badanie pośmiertne stwierdziło obraz rozlanego zapalenia ropnego opon, przyczem rozległe nacieki ropne stwierdzono zarówno na sklepistości, jak i na podstawie mózgu. Przy badaniu mikroskopowem znalazłem również i w torebce przysadki częściowo więcej powierzchowne, częściowo głęboko wnikające nacieki ropne, które niewątpliwie rozwinęły się tutaj wskutek bezpośredniego zetknięcia z ropnie naciekłemi oponami miękkiemi na podstawie mózgu. W wielu miejscach naciek ropny z torebki przeszedł już na obwód części gruczołowej przysadki, wywołując tutaj zupełne zniszczenie i rozpad elementów gruczołowych.

*) Świeżo w ostatnim (grudniowym) zeszycie Archiwum Virchowa Heidkamp (Beitrag zur Tuberculose der Hypophyse. Virch. Arch. 1912 Bd. 210 H. 3) ogłasza szczegółowo nowy, dopiero dziewiąty z kolei przypadek gruźlicy przysadki, a dodać należy, że niektóre inne zmiany dotychczas były opisywane jeszcze znacznie rzadziej. (Dopisek autora).

Przypadek drugi dotyczył 40-letniej położnicy, zmarłej w 2 tygodnie po porodzie z powodu ogólnego zakażenia ropnego. Przy badaniu pośmiertnem stwierdzono obok innych zmian zapalenie brodawkowate zastawki dwudzielnej i liczne drobne ropnie przerzutowe, rozsiane wśród mięśnia sercowego i miąższu nerek. Przysadka makroskopowo miała zwykłe wejrzenie przysadki ciążowej, pod mikroskopem jednakże znalazłem w jej części nerwowej dość liczne drobne nacieki ropne, miejscami już z rozpłynięciem się tkanki i wytworzeniem drobnych ropni. Również i w części gruczołowej gdzieniegdzie w tkance śródmiąższowej widoczne były nieznaczne bardzo drobne nacieki ropne. W tym przypadku, w przeciwstawieniu do przypadku poprzedniego, zmiany ropne w przysadce rozwinęły się na tle ogólnego zakażenia ropnego, na tle ropnicy (pyaemia).

Martwica przysadki. W tym kierunku rozporządzam dotychczas dwoma spostrzeżeniami. Jedno z nich dotyczyło 37-letniej kobiety, która zmarła w 9 dni po cięciu cesarskiem wśród objawów ogólnego zakażenia ropnego, co zresztą zostało potwierdzone przez badanie pośmiertne. Już przy oglądaniu gołem okiem przysadki na przekroju zwróciła moją uwagę w częściach bocznych przysadki gruczołowej obecność rozległych (zajmujących na przekroju przeszło połowę części gruczołowej), matowych, zbitszych od otoczenia, lekko żółtawych ognisk, przypominających najwięcej swem wejrzeniem zawały białe w innych narządach. Badanie mikroskopowe potwierdziło moje przypuszczenie: ogniska te okazały się ogniskami martwiczemi z rozpoczynającym się już rozrostem tkanki łącznej na ich obwodzie.

W przypadku drugim kobieta 33-letnia zmarła z powodu wady sercowej (głównie zwężenie ujścia żylnego lewego) w 6 tygodni po poronieniu w 6. miesiącu księżycowym. W przysadce na przekroju również już gołem okiem stwierdziłem obecność rozległych ognisk, podobnych i podobnie usadowionych, jak w poprzednim przypadku, może tylko mniej ściśle odgraniczonych od otoczenia i więcej różowawych w częściach obwodowych. W obrazach mikroskopowych i tutaj widoczna była rozległa martwica części gruczołowej przysadki, przyczem następowy rozrost tkanki łącznej był w tym przypadku już znacznie rozleglejszy, niż w przypadku poprzednim.

Co się tyczy pochodzenia tych zmian martwiczych w przysadce, to niewątpliwie rozwinąć się one tutaj musiały w związku ze zmianami (zakrzepami, względnie zatorami) w zaopatrujących przysadkę gałązkach tętniczych. Za tem przypuszczeniem między innemi przemawia i ta okoliczność, że w jednym z tych przypadków była wada sercowa, w drugim — ogólne zakażenie ropne; niestety, nie będąc przygotowanym na tego rodzaju zmiany, nie zwróciłem przy wyjmowaniu przysadki dostatecznej uwagi na zaopatrujące przysadkę naczynia krwionośne.

Winienem nadmienić, że oprócz przytoczonych spostrzeżeń miałem sposobność w toku swoich badań widywać niejednokrotnie w przysadce mózgowej również i inne zmiany, jak np. wybroczyny, zanik starczy przysadki, zanik przedwczesny ze znacznym rozlanym rozrostem tkanki łącznej w części gruczołowej przysadki (u 26-letniej dziewczyny z chorobą Basedowa) i t. d. Już jednakże tych kilka przykładów wystarcza do stwierdzenia, że mimo swego ukrytego położenia przysadka mózgowa (zarówno jej część

nerwowa, jak i gruczołowa), wcale pospolicie ulega różnorodnym sprawom patologicznym; sprawy te, podobnie jak i w innych narządach, mogą być tutaj wyrazem już to samoistnego schorzenia przysadki, już też wyrazem ogólnego schorzenia ustroju lub spraw przerzutowych z innych miejsc tego ustroju, już wreszcie mogą się one rozwijać w związku ze sprawami, toczącemi się w sąsiedztwie lub w blizkiem otoczeniu przysadki. Częstość tych różnorodnych spraw patologicznych w przysadce mózgowej powinna nas skłaniać do zwracania przy badaniach pośmiertnych baczniejszej uwagi na jej zachowanie się, zwłaszcza że badania nowszych czasów przemawiają za tem, iż przysadka w ustroju ludzkim wbrew dawniejszym zapatrywaniom odgrywa bądź co bądź bardzo ważną rolę. Badania takie, połączone z dokładną obserwacyą kliniczną i krytyczną analizą odpowiednich przypadków, niewątpliwie dostarczą nam z czasem wielce ważnych szczegółów, dotyczących fizyologii i znaczenia przysadki, zwłaszcza że zachodzące tutaj zmiany (jak np. w dwu opisanych przypadkach martwicy) niejednokrotnie dochodzić mogą bardzo znacznych rozmiarów i przez to powodować zniesienie lub przynajmniej znaczne upośledzenie czynności przysadki.

Dodam, że właśnie obydwa tutaj opisane przypadki rozległej martwicy przysadki dotyczyły kobiet po porodzie lub po poronieniu, a charakter tych zmian wskazywał, że rozwinąć się one musiały już przed pewnym czasem, najprawdopodobniej jeszcze przed porodem. Z badań zaś różnych autorów, zwłaszcza Erdheima i Stummego [1]), a co potwierdzają również i moje badania [2]), wynika, że przysadka mózgowa w związku z ciążą ulega charakterystycznym zmianom, które dochodzą szczytu na szczycie ciąży — w okresie porodu — poczem ustępują; — szczegół, zdający się przemawiać za tem, że zachodzące w przysadce zmiany odgrywać muszą i to najprawdopodobniej nawet ważną rolę w akcie porodowym. Jeżeli w tych warunkach w przysadce zajdą rozległe zmiany, znoszące lub znaczniej upośledzające jej czynność, to zjawisko to oczywiście odbić się będzie musiało niekorzystnie na akcie porodowym.

Z przytoczonych względów może nie bez korzyści będzie tych kilka spostrzeżeń kazuistycznych i tych kilka uwag, które pozwoliłem sobie tutaj w krótkości przytoczyć, a które nasunęły mi się w toku moich badań nad przysadką mózgową.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Odwrotny układ wnętrzności.

(Situs viscerum inversus completus).

Opisał

Antoni Krokiewicz.

Wady utworowe spowodowane są zawsze przez nieprawidłowości w kształtowaniu się jaja płodowego i wytwarzają się: 1) przez zahamowanie całkowite lub częściowe rozwoju pojedynczych narządów (per defectum), 2) przez nadmierny rozwój tychże (per excessum), 3) przez pomieszanie płci t. j. obojnactwo (hermaphroditismus) i 4) przez zmiany w ułożeniu trzew klatki piersiowej i jamy brzusznej (per fabricam alienam). Wady utworowe, polegające na nieprawidłowem ułożeniu trzew w ten sposób, że prawostronne narządy zajmują miejsce lewostronnych i odwrotnie — przez co otrzymujemy obraz jakby prawidłowego ułożenia spostrzegany w zwierciedle — nie pociągają zazwyczaj żadnych szkodliwych następstw w późniejszem życiu pozapłodowem i częstokroć uchodzą świadomości odnośnego osobnika. Układ odwrotny może być zupełny, jeśli się to odnosi do wszystkich wnętrzności tak klatki piersiowej, jak i jamy brzusznej, lub też częściowy, jeśli dotyczy tylko jednego narządu.

Pierwszy przypadek ułożenia odwrotnego wnętrzności u człowieka spostrzegł w r. 1643 Marcelus Leccius, a opisał go Panarola w r. 1654. Według statystyki Sorgego, obejmującej okres czasu od r. 1640—1906, znanych jest wogóle 215 przypadków ułożenia odwrotnego trzew u ludzi. W piśmiennictwie polskiem przypadki takie opisali: Oettinger, Jakubowski, Neugebauer, Wilczewski, Ruppert i Kaczyński.

W r. 1912 miałem sposobność spostrzegać na moim oddziale odwrotne ułożenie wnętrzności zupełne, t. j. w klatce piersiowej i jamie brzusznej u dorosłego mężczyzny, u którego rozpoznanie tego zboczenia mogło być uczynione za życia z całą ścisłością przez zastosowanie prześwietlania promieniami Röntgena.

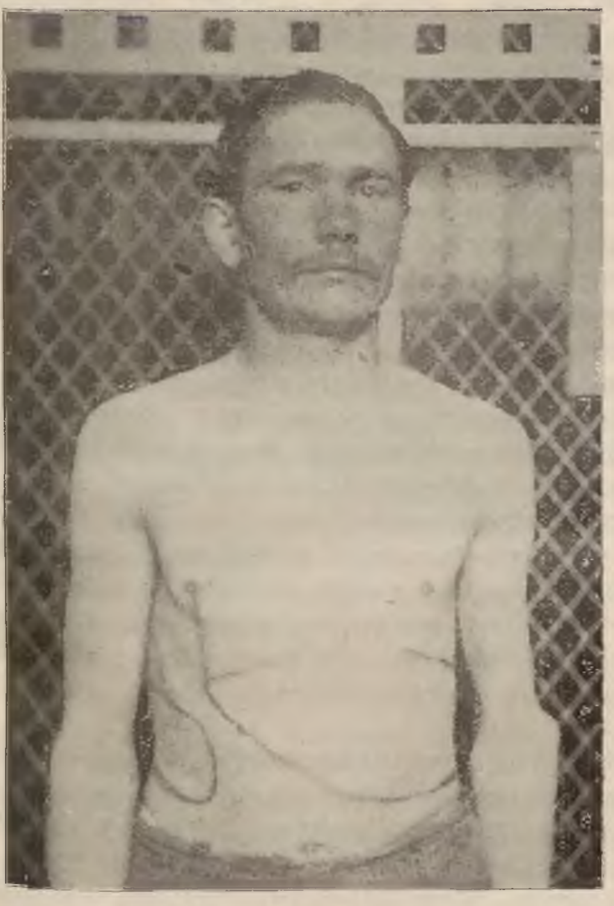
F. T., lat 25 liczący, pomocnik murarski w Krakowie, zgłosił się do szpitala 15. X. 1912 z powodu uporczywego kaszlu i duszności. Według wywiadów przebył zapalenie płuc w 8. roku życia; później był zdrów i pracował ciężko jako pomocnik murarski. Dopiero od roku doznaje od czasu do czasu uporczywego suchego kaszlu i duszności. Ojciec umarł na chorobę nerek; matka żyje i jest zdrowa. Jedna siostra zmarła w 26. roku życia na gruźlicę opon mózgowych.

Badanie chorego w dniu 16. X. 1912 wykazało, co następuje: Osobnik wzrostu średniego (152 cm.), miernie odżywiony; budowa ciała dość silna. Skóra na twarzy blado różowa z odcieniem nieco sinawym. Mięśnie prawidłowo rozwinięte prócz mięśni na ramieniu lewem, gdzie okazują mierny zanik. Staw łokciowy lewy nieznacznie zniekształtniony wskutek blizny kostnej nad wyrostkiem łokciowym, ruchomość jego nieco upośledzona, zresztą wszystkie inne stawy, jak i kościec, zmian nie okazują. Szyja prawidłowych rozmiarów; obwód szyi wynosi 35·5 cm.; gruczoły karkowe nie powiększone. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona. Obwód jej na wysokości brodawek przy najgłębszym wdechu wynosi 82·5 cm., a przy najgłębszym wydechu 80·5 cm. Przy oglądaniu klatki piersiowej widoczne uderzenie koniuszkowe serca w 5. prawem międzyżebrzu w linii sutkowej. Wymiary serca na poprzek powiększone. Stłumienie serca rozpoczyna się na 4. prawem żebrze i dochodzi na lewo do środkowej linii mostkowej. Nad koniuszkiem serca wyraźny szmer skurczowy i przedskurczowy, który udziela się ku podstawie serca; drugi ton nad ujściami tętniczemi silniej zaakcentowany; zresztą tony serca dość głuche. Tętno prawidłowo napięte, regularne; 80 na minutę. Parcie 125 mm. Hg. (Riva Rocci).

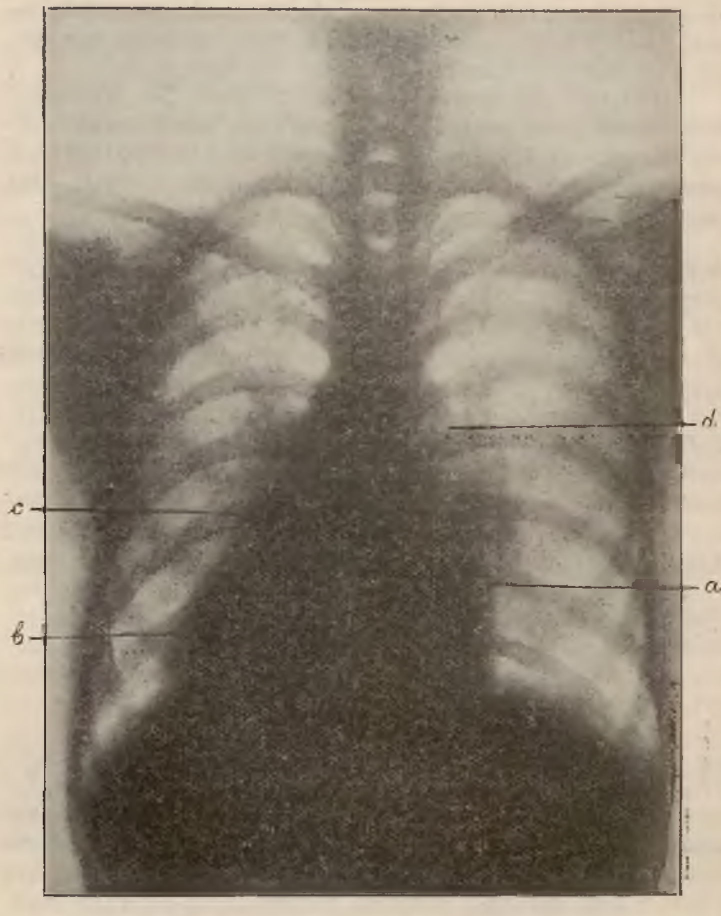
Dolna granica płuca po stronie prawej z przodu sięga w linii sutkowej do 4. żebra, po lewej do 6. żebra; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej do dolnego brzegu

[1]) Erdheim u. Stumme. Ueber die Schwangerschaftsveränderung der Hypophyse. Zieglers Beiträge Bd. 46 H. 1. 1909.

[2]) Gliński: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności. Wykład w Tow. lek. krakowskiem w d. 27. XI. 1912 (będzie wkrótce ogłoszony drukiem w Nowinach lekarskich).



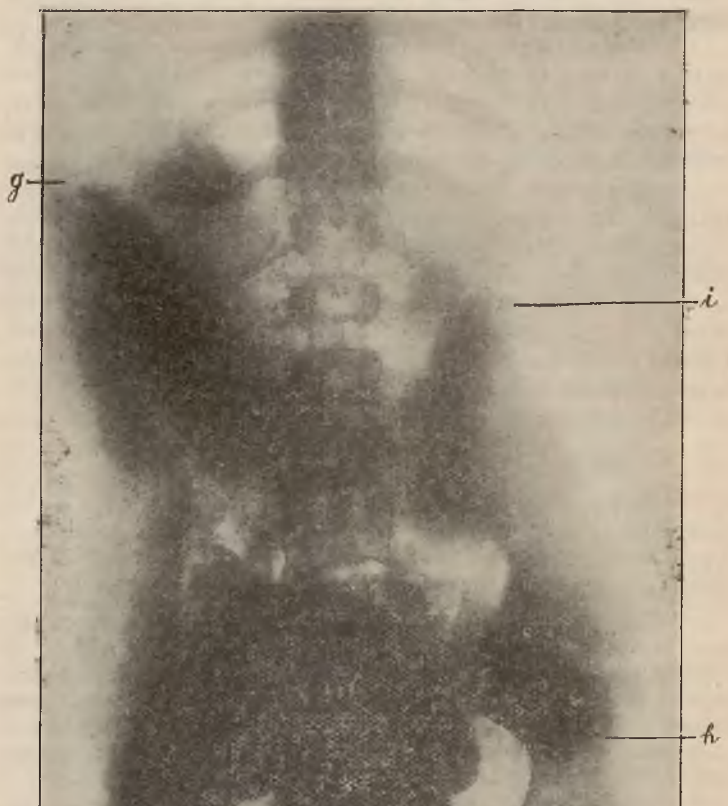
Tabl. 1.



Tabl. 2.



Tabl. 3.



Tabl. 4.

10. żebra; wszędzie ruchome. Odgłos opukowy tamże jawny, szmery oddechowe zaostrzone, skąpymi świstami i furczeniami pokryte. Liczba oddechów na minutę 20.

Badanie wziernikiem wykazało (Prof. Dr Nowotny) rozszerzenie klina podziałowego tchawicy, przekrwienie wejścia do oskrzeli i klina, przebieg oskrzela lewego bardziej prostopadły, niż w warunkach prawidłowych. Światła obu oskrzeli nie przedstawiają zboczeń.

Brzuch miernie wysklepiony, zwłaszcza w podżebrzu lewem. Ułożenie trzew jamy brzusznej nieprawidłowe. W podżebrzu prawem wyczuwalny przy oddychaniu guz, o brzegu dolnym zaokrąglonym, dość twardym. Guz ten, odpowiadający śledzionie, sięga w linii pachowej przedniej prawej od brzegu 7. żebra dolnego do 11. żebra w kierunku podłużnym, a na lewo w linii sutkowej prawej 2 cm. po za łuk żebrowy. W podżebrzu lewem stłumienie odpowiada wątrobie. Górna granica stłumienia wątrobowego w linii sutkowej lewej na 6. żebrze, w linii pachowej środkowej na 8. żebrze, a w linii przykręgowej na 10. żebrze. Dolny brzeg wątroby jest zaokrąglony, dość jędrny, sięga w linii pachowej przedniej lewej i sutkowej do łuku żebrowego i podąża na prawo do 6. żebra, a raczej do uderzenia koniuszkowego serca, przecinając linię białą w pośrodku między pępkiem, a wyrostkiem mieczykowatym mostka. Powierzchnia wątroby gładka. (Tabl. 1).

Prześwietlanie promieniami Röntgena klatki piersiowej i jamy brzusznej, dokonane w pracowni rentgenologicznej krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie, zostającej pod kierunkiem Dr Korabczyńskiej, potwierdziło wynik badania fizycznego, a zarazem uzupełniło obraz topograficzny trzew w jamie brzusznej, gdyż wykazało, że dno żołądka, a tem samem i żołądek, tudzież pętla esowata znajdują się po stronie prawej, przyczem zgięcie śledzionowe okrężnicy umieszczone jest wysoko w podżebrzu prawem, znacznie niżej zgięcie wątrobowe okrężnicy w podżebrzu lewem, a okrężnica poprzeczna przebiega łukowato; również jelito ślepe schodzi nizko w okolicę talerza biodrowego lewego. (Tabl. 3 i 4).

Prześwietlaniem promieniami Röntgena można zarazem stwierdzić, iż ułożenie głównych pni naczyniowych jest prawidłowe, gdyż cień tętniący, właściwy tętnieniu aorty, przypada odpowiednio do zmienionych warunków przemieszczenia i ułożenia odwrotnego serca [1]).

Jądro prawe leży niżej, niż lewe. Narząd moczowopłciowy bez zmian. Badanie moczu, dokonane w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego, ważniejszych zmian nie wykazało. Narząd nerwowy prawidłowy. Chory wszystkie czynności wykonuje ręką prawą, a nie lewą. Apetyt i sen dobry; codzienne wypróżnienie stolcowe. Chory po kilku dniach wypoczynku utracił kaszel i duszność odzyskał zabarwienie prawidłowe skóry i nie odczuwał żadnych dolegliwości.

Jak widzimy, przypadek powyższy przedstawia niezwykłą wadę utworową, polegającą na zupełnem odwrotnem ułożeniu trzew w klatce piersiowej i jamie brzusznej. Zaznaczyć należy, iż chory dożył 25. roku życia i pomimo ciężkiej pracy zawodowej, jako pomocnik murarski, nie doznawał przez długi czas żadnych przypadłości. Dopiero od roku zaczął kaszleć i miał duszność wskutek poczynającej się niedomogi mięśnia sercowego, spowodowanej zaburzeniami w krążeniu w następstwie nabytej w życiu pozapłodowem wady zastawkowej (insufficientia valv. bicuspidalis c. stenosi ostii venosi sin.) Przypady te chorobowe rychło się wyrównały w czasie pobytu szpitalnego.

Za twierdzeniem, iż w przypadku powyższym wada zastawkowa sercowa rozwinęła się dopiero w życiu pozapłodowem wskutek przebytego zapalenia wsierdzia, a więc w sercu przemieszczonem i odwróconem, ale pierwotnie zdrowem, przemawia zupełnie prawidłowy rozwój fizyczny i umysłowy chorego i zupełna zdolność do ciężkiej pracy zawodowej, a brak znaczniejszej sinicy i zgrubień pałeczkowatych na palcach, rychłego nużenia się i t. p. znamion klinicznych, tak charakterystycznych dla wad utworowych serca.

Mechanizm powstawania układu odwrotnego wnętrzności nie jest dotychczas dostatecznie wyświetlony pomimo badań Baera, Remaka, Schultzego, Förstera i Virchowa, Rindfleischa, Daresta, Scheelego, Küchenmeistra, Martinottego, Lochtego. Wiele odnośnych teoryi nie wytrzymuje krytyki wobec dzisiejszego stanu embryologii.

Jak wiadomo, wytyczną co do prawidłowego ułożenia trzew stanowi okoliczność, że zarodek, zwrócony pierwotnie brzuszną powierzchnią do żółtka zarówno w lewej i prawej połowie, zaraz w bardzo początkowym okresie rozwoju wykonuje obrót i odtąd zwraca się do pęcherzyka żółtkowego już tylko lewą stroną. Jeśli ten obrót nastąpi we wprost przeciwnym kierunku, to wytwarza się układ odwrotny trzew, który ich czynności nie upośledza Najczęstszą też przyczyną powstawania układu odwrotnego trzew jest obecność płodów zdwojonych, gdy jeden z nich przy bocznem zetknięciu się powoduje obrót drugiego w kierunku wprost przeciwnym. W innych przypadkach przyczyna nieprawidłowego ułożenia trzew jest niewyjaśniona. Dareste wykazał, że czynnika rozstrzygającego o ułożeniu trzew w zarodku stanowczo należy dopatrywać się w wypuklaniu się worka sercowego na lewo lub na prawo (nieprawidłowo), co prawdopodobnie zależy od różnej wielkości obu pierwotnych odcinków serca. Dareste wywoływał u płodu kury odwrotny układ wnętrzności przez ogrzewanie jaja kurzego w wylęgarni w ten sposób, że jedną stronę zarodka (lewą) ogrzewał do ciepłoty 41^0-42^0 C., a drugą stronę do 12^0-16^0 C. Tłómaczy on otrzymany wynik tem, że wskutek ogrzania lewej strony, odpowiednia część pola naczyniowego tarczy zarodkowej (area vasculosa) rychlej się rozwinęła i unaczyniła, wskutek tego też zaczątek serca w postaci wydłużonego worka uległ wygięciu ku stronie lewej, ponieważ jego strona lewa szybciej rosła, a następnie wedle tych samych prawideł, jak w stosunkach prawidłowych, zwrócił się ku przeciwnej stronie. Pod wpływem narządu krążenia ułożyły się odwrotnie i inne narządy.

Baer, a za nim Bischoff twierdzi, że odwrotny układ

---

[1]) Zdjęcie klatki piersiowej i żołądka wykonano w »positio postero-anterior«, zdjęcie jelit w pozycyi leżącej (antero-posterior), klatki piersiowej przez telerentgenogram. Zdjęcie wykonywano z emulsyą wzmacniającą; nie retuszowano.

Tabl. 2. Serce o rozmiarze poprzecznym (Transversaldimension) 13 cm. zamiast 11 cm.; komórka prawa wypuklona (a) i silnie tętniąca; nad komórką lewą (b) silnie tętniący łuk przedsionka lewego (c). Tętnica wstępująca wyraźniej występuje przy ułożenlu II. skośnem (tył prawa, przód lewa), niż skośnem I. (tył lewa, przód prawa). Cień nietętniący (d) pochodzi prawdopodobnie od powiększonych gruczołów oskrzelowych.

Tabl. 3. Dno żołądka z banią gazową (e), bulbus duodenalis (f). Żołądek wypełniony papką siarkanu barowego.

Tabl. 4. Zgięcie śledzionowe wysoko pomieszczone (g); znacznie niżej zgięcie wątrobowe (i); okrężnica poprzeczna przebiega łukowato; jelito ślepe schodzi nizko (h); pętla esowata przechodzi na prawo. Jelita wypełnione przez odbytnicę zawiesiną siarkanu barowego (160 gr. zawiesiny).

wnętrzności zależy od ułożenia zarodka w stosunku do pęcherzyka żółtkowego i omocznej (allantois). Przeciętnie w prawidłowych stosunkach z chwilą, kiedy omoczna wyrosła do pewnych rozmiarów, układa się ona po prawej stronie zarodka, a pęcherzyk żółtkowy, zmniejszający się powoli, po lewej, i układ taki ma wywoływać spiralny obrót zarodka około jego osi podłużnej, od którego ma znowu zależeć układ wnętrzności. Otóż w przypadkach ułożenia się pęcherzyka żółtkowego i omocznej po przeciwnych stronach, zmienia się i kierunek obrotu zarodka, a skutkiem tego i wnętrzności układają się odwrotnie. Obie te hipotezy, najbardziej rozpowszechnione, nie tłómaczą wystarczająco powstawania u ludzi układu odwrotnego całkowitego wnętrzności. Schmaus przychyla się do zapatrywania, iż przyczynę ułożenia odwrotnego trzew należy odnieść do czynnika mechanicznego, wywołującego silne skręcenie zarodka w pierwszych jego zawiązkach.

Sprawa powstawania układu odwrotnego wnętrzności zyskała w nowszych czasach, jak zwrócił mi na to uwagę Prof. Dr E. Godlewski, znacznie pewniejszy podkład w badaniach, przeprowadzonych w dziedzinie mechaniki rozwoju. Bodziec w tym kierunku dała praca Spemanna, który przeprowadził na zarodkach traszki (Triton taeniatus) i żab (Rana esculenta, Bombinator) swoje doświadczenia. Zasada doświadczeń Spemanna polegała na wycinaniu drobnych odcinków zarodka, odwracaniu ich o 90° lub 180° i przeszczepianiu napowrót w tem nowem ułożeniu w miejscu rany. Doświadczenia, które tą metodą robił Spemann co do przednich części ciała zarodkowego, które pozwoliły na sztuczne utworzenie zarodków o czterech oczach, tu nas nie interesują; natomiast ważne są dla nas wyniki Spemanna, odnoszące się do środkowej grzbietnej ściany zarodka. Okres płodowy był tu bardzo wczesny. Czasem jeszcze zawiązka rynienki nerwowej nie było, a jeśli była, to znajdowała się w stanie niezamkniętym. Otóż w tym okresie rozwojowym wycinał Spemann część płytki grzbietnej, zawierającą oprócz zawiązka ektodermalnego, leżącą pod nim płytkę mezo-entodermalną. Ten cały wycinek odwracał i wszczepiał napowrót w miejscu rany. We wszystkich tych przypadkach mógł Spemann stwierdzić w y w o ł a n i e s z t u c z n e układu odwrotnego wnętrzności.

W r. 1911 uczeń Spemanna, K. Pressler, wykonał pod jego kierunkiem szereg dalszych doświadczeń na żabach (Rana esculenta i Bombinator igneus) i na ich podstawie zwalcza twierdzenie, wypowiedziane przez Göttego, że ułożenie zarówno trzew brzusznych, jak też i serca, zależy od położenia zawiązka trzustki; natomiast utrzymuje, iż główną w tej sprawie rzeczą jest położenie płyty mezo-entodermalnej, która leży pod rynienką rdzenną. Wyniki doświadczeń Spemanna potwierdzają się tu więc w całej pełni. Po wycięciu, odwróceniu i wszczepieniu napowrót płyty mezo-entodermalnej w tych wczesnych okresach rozwojowych stwierdzał Pressler, że zawiązek wątroby odrazu się układał po lewej stronie, grzbietny i brzuszny zawiązek trzustki zlewały się z sobą po lewej stronie, a także przebieg jelita był odwrócony: jednem słowem cały układ wnętrzności był odwrócony i stanowił odbicie zwierciadlane położenia prawidłowego.

Było rzeczą bardzo charakterystyczną, że w większości przypadków wtedy, gdy następowało przemieszczenie trzew w obrębie jamy brzusznej, także i serce ulegało przemieszczeniu trzew na prawą stronę. Niepodobna przypuścić, ażeby sam zabieg operacyjny był przyczyną tego zjawiska. Zawiązek serca, elementa komórkowe, które go utworzą, zbyt są oddalone od pola operacyjnego, ażeby można bezpośrednie oddziaływanie przypuścić. W wytworzeniu się asymetryi położenia serca odgrywa według Presslera rolę asymetryczne położenie wątroby. Wytworzenie się też asymetryi serca odpowiada zupełnie co do czasu momentowi pierwszego wygięcia w obrębie zawiązka wątrobowego. Pośredniczy w tem dalej według Presslera słabszy rozwój zaciśniętej nieco żyły żółtkowej. Być może jednak, że te czynniki działają raczej kierująco, a że już w samym zawiązku serca istnieje dążność do utworzenia pewnej asymetryi.

Prace Spemanna i Presslera mają wielkie znaczenie. Po raz pierwszy udało się przez mechaniczne zabiegi wywołać układ odwrotny trzew, po raz pierwszy wykazano, że czynniki, wchodzące tu w grę, w bardzo wczesnych okresach działać muszą. Gdybyśmy chcieli choć w przybliżeniu oznaczyć u człowieka okres, w którym się te odmiany dokonują, to zdaniem Prof. Godlewskiego wypadłoby to mniej więcej na trzeci tydzień życia płodowego. Zarodki przez Speego opisywane mają właśnie niezamkniętą rynienkę rdzenną, a więc odpowiadałoby to w przybliżeniu okresowi, w którym swe doświadczenia wykonywali Spemann i Pressler.

Jakie u człowieka w rozwoju działają czynniki, trudno naturalnie rozstrzygnąć, bądź co bądź jednak z powyżej opisanych doświadczeń można przypuszczać, że chodzi tu o przemieszczenie płyty mezo-entodermalnej czynnikami mechanicznymi, przez co tworzy się p i e r w o t n i e układ odwrotny trzew w j a m i e b r z u s z n e j, a w t ó r n i e dopiero serca w k l a t c e p i e r s i o w e j.

Osobniki, dotknięte zupełnym odwrotnym układem wnętrzności są zazwyczaj zdrowe i zdolne do pracy zawodowej; mogą nawet pełnić służbę wojskową bez szkody (Becker), jeśli tony serca są czyste. Natomiast u ludzi, dotkniętych częściowym układem odwrotnym trzew, np. tylko samego serca (dextrocardia), zachodzi według Beckera przeciwwskazanie do pełnienia obowiązków wojskowych.

Piśmiennictwo.

1) Baer: Über Entwickelungsgeschichte der Tiere. Königsberg 1828. — 2) Remak: Untersuchungen über die Entwicklung der Wirbeltiere. — 3) Schultze: Virchows Archiv. Bd. VII. i Bd. XXII. — 4) Virchow: Virchows Archiv Bd. XXII. 1861. — 5) Oettinger: Przewrotny układ wnętrzności. Przegląd lek. 1862. — 6) Förster: Die Missbildungen des Menschen. Jena 1865. — 7) Jakubowski: Przewrotny układ wnętrzności. Przegląd lek. 1866. — 8) Rindfleisch: Lehrbuch der patholog. Gewebelehre. Leipzig 1871. — 9) Dareste: Productions des monstruosités. Paris 1877. — 10) Neugebauer: Przewrotny układ wnętrzności. Gazeta lek. Tom. III. — 11) Scheele: Zwei Fälle von vollständigem Situs viscerum inversus. Berl. klin. Woch. 1875 Nr 29, 30. — 12) Wilczewski: Przewrotny układ wnętrzności. Gazeta lek. 1878. — 13) Ruppert: Przewrotny układ wnętrzności. Gazeta lek. 1883. — 14) Küchenmeister: Die angeborene vollständige seitliche Verlagerung der Eingeweide des Menschen. Leipzig 1888. — 15) Poselt: Zur Kasuistik des Situs viscerum inversus. Deutsches Archiv. f. klin. Med. T. 56. — 16) Martinotti: Della transpositione laterale dei visceri. Bologna 1888. — 17) Hertwig O.: Lehrbuch der Entwickelungsgeschichte. 1893. — 18) Galinsky: Ein Fall von Situs viscerum transversus. Inaugur. Disseration 1894. — 19) Lochte: Ein Fall von Doppelmissbildung nebst einem Beitrag zur Lehre vom Situs transversus. Beitrag zur Kenntniss des Situs transversus partialis und der angeborenen Dextrocardie. Zieglers Beitrage. Bd

XVI. 1894. — 20) Kaczyński: Odwrotny układ wnętrzności z rzadką nieprawidłowością w narządach krążenia. Przegląd lek. 1897. — 21) Benda: Berl. klin. Woch. 1905. — 22) Sorge: Kasuistischer Beitrag zur Kenntniss des Situs viscerum inversus 1906. — 23) Becker: Ein Fall von Situs viscerum totalis. Deutsche militärärzt. Zeitsch. 1908. — 24) Smirnow: Ein Fall von vollständiger seitlichen Verlagerung der Eingeweide. Berl. klin. Woch. 1908. — 25) Spemann H: Über eine neue Methode der embryonalen Transplantation. Verh. der deutsch. zool. Gesellschaft. 1906. — 26) Pressler K.: Beobachtungen und Versuche über den normalen und inversen Situs viscerum cordis bei Anurenlarven. Arch. f. Entwickelungsmech. Bd. 32 1911.

Przypadek dotyczący dziecka karmionego piersią macierzystą z oznaczaniem przyjmowanego pokarmu aż do czasu odstawiania.

Podał

Ksawery Lewkowicz.

Podstawą do rozpatrywania stosunków patologicznych, tak zawiłych przy zaburzeniach odżywiania u niemowląt, i głębszego wniknięcia w te sprawy, musi być dokładne poznanie fizyologicznych warunków odżywiania. Konieczne są do tego spostrzeżenia, prowadzone przez cały okres karmienia aż do początku odstawiania od piersi, lub aż do zupełnego odstawienia, z dokładnem zestawieniem wszelkich wchodzących w rachubę szczegółów. Tego rodzaju spostrzeżeń mamy dotąd niewiele. I tak Czerny i Keller zebrali z literatury do r. 1901 w swym podręczniku [1]) takich pełnych obserwacyi, o ile chodzi o dzieci chowane w domu rodzicielskim, tylko siedem: 1 przypadek Ahlfelda, 3 przypadki Feera i 3 przypadki Hähnera. Wszystkie te spostrzeżenia są tam wyczerpująco przedstawione. Z późniejszego piśmiennictwa wymienić należy: 1 przypadek Nordheima [2]) 2 przypadki Beuthnera [3]), dwa Paffenholtza [4]), dwa Seltera [5]), jeden Würtza [6]), jeden Biermera [7]) i jeden podany przez Boissonnas [8]). Razem zatem 17 przypadków. Poza tem w podręczniku Czernego i Kellera, jakoteż w podręczniku Finkelsteina [9]) znajdujemy wiadomości o spostrzeżeniach, także nie zbyt licznych i stanowiących do pewnego stopnia odrębną kategoryę, pochodzących z zakładów dla osesków.

Materyał ten pozwolił zoryentować się w stosunkach fizyologicznych karmienia, a przedewszystkiem był podstawą do określenia średniego zapotrzebowania pokarmu przez niemowlę. Z tego jednak jeszcze nie wynika, żeby zbieranie dalszego materyału było zbyteczne. Musimy się przecież liczyć z możliwością różnych właściwości indywidualnych u karmicielki, a w wyższym jeszcze stopniu z pewnemi odchyleniami od średniej u dziecka karmionego, co sprawia, że każde takie spostrzeżenie ma pewne szczególne zabarwienie nawet wtedy, gdy chodzi o osobniki, które można uważać za prawidłowe. Uwydatni się to w jeszcze wyższej mierze, jeżeli na sprawie odżywiania odbiją się pewne własności konstytucyonalne i doprowadzą do stanów, które leżą już na granicy patologii, lub też w jej zakres wkraczają. Zapoznanie się z tymi stanami i ich właściwa ocena mogą być osiągnięte jedynie na podstawie dokładnych i odpowiednio długo prowadzonych spostrzeżeń.

To wszystko skłoniło mnie do przeprowadzenia spostrzeżenia u mojego synka, a to tem więcej, że literatura polska dotąd żadnego podobnego spostrzeżenia nie posiada. Trud, jakiego wymaga taka obserwacya, jest niemały; dość powiedzieć, że w czasie 232 dni ściślejszego spostrzeżenia trzeba było wykonać 3351 ważeń i to w warunkach niejednokrotnie niezbyt zachęcających. Przeważną część tego trudu musiała objąć oczywiście matka.

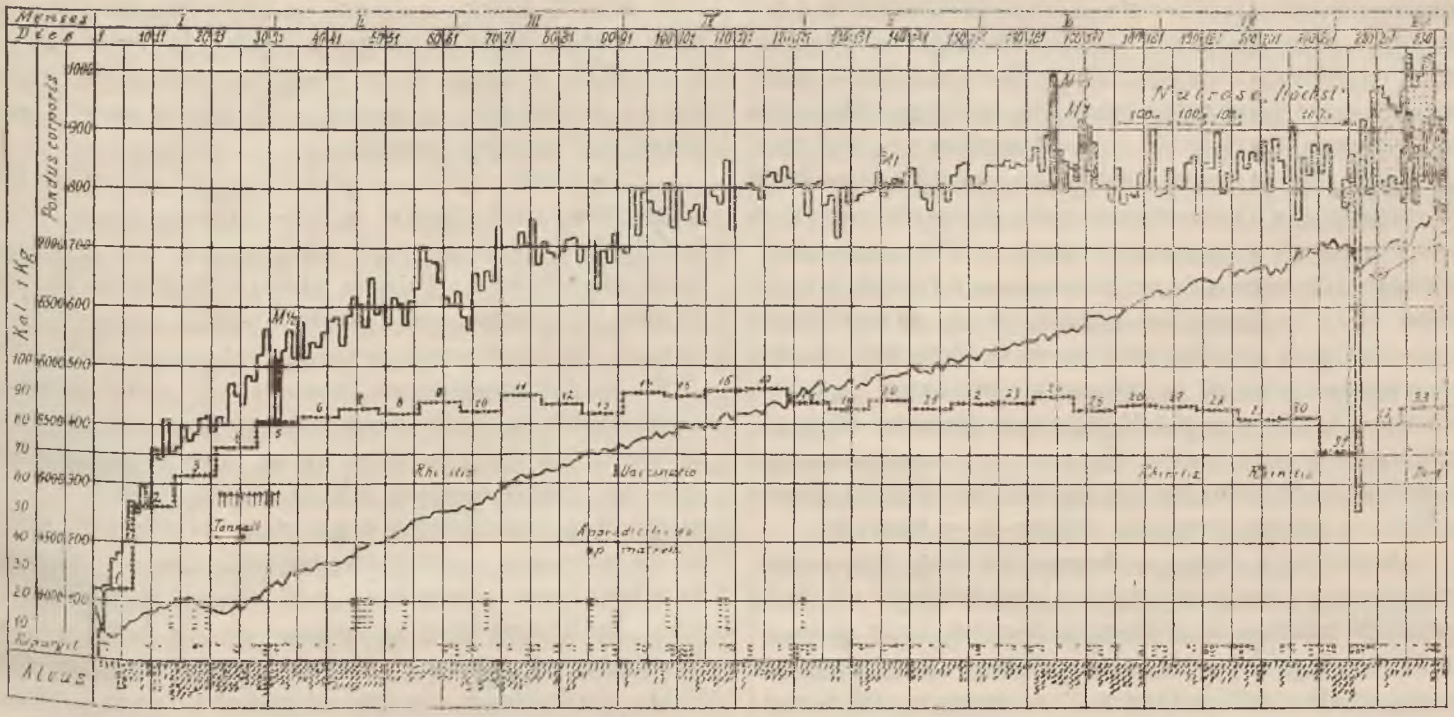
Chłopiec urodził się 21. XII. 11. o godz. 3 rano, jako dziecko donoszone, pierworodne. Ciężar ciała wynosił 3940 gr. długość 53 cm. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało żadnych nieprawidłowości, tylko śledziona była macalna tuż pod łukiem. Dziecko było dobrze odżywione i silne, gdyż już w pierwszych tygodniach trzymało nieźle główkę. Żółtaczka się nie pojawiła.

Przebieg sprawy karmienia przedstawiony jest graficznie na załączonej tablicy.

Dziecko przykładane było do piersi zazwyczaj 5 razy na dobę. W nocy miało przerwę około 8-godzinną i było umieszczone od początku w osobnym pokoju. Z małymi wyjątkami spało dobrze; także we dnie sen był dostateczny. Podawano początkowo przy karmieniu jedną pierś i trzymano przy niej dziecko około 20 minut. Gdy to okazało się niewystarczającem, zaczęto od 6. dnia podawać każdorazowo obie piersi; karmienie trwało wtedy 20—30 minut. Tylko wyjątkowo liczba karmień była inna, niż pięć; karmienia w tych dniach oznaczone są na tablicy poziomemi kreskami. W pierwszym dniu dziecko było przykładane cztery razy, ale nic nie otrzymało z piersi. W dniu drugim wyssało $2 + 4 + 10 + 10 + 23 = 49$ gr. Oprócz piersi dziecko nic nie dostawało.

Jak z krzywej pokarmu można odczytać, ilości otrzymywane przez dziecko z piersi były nizkie i wzrastały bardzo powoli. Wobec rozwoju dziecka i sił więcej niż średnich odnosiłem to początkowo do opornego funkcyonowania piersi. Przez zastosowanie jednak z początkiem 4. tygodnia pompki Jaschkego i Scherbaka przekonałem się, że piersi nie są dokładnie opróżniane, a co za tem idzie, nie są dostatecznie do zwiększenia czynności pobudzane. Najdowodniej okazało się to 32. dnia, kiedy celem otrzymania pokarmu do badania chemicznego wypompowałem piersi rano w zastępstwie pierwszego karmienia. Otrzymałem z łatwością z każdej piersi 102 gr., razem 204. gr., dziecko natomiast wydobywało przy pierwszem ssaniu z obu piersi w 3. tygodniu, tj. przed zastosowaniem pompki, średnio 125, a najwyżej 147 gr. Ilości te zresztą po zaprzestaniu pompowania z dniem 32, opadły znowu między dniem 33—39, do średniej 114, a najwyższej 127 gr. Do ilości około 200 gr przy pierwszem rannem ssaniu doszło dziecko dopiero w dniach 57, 70 i 76, mianowicie wyssało wtedy 198, 211 i 201 gr. Zatem, przynajmniej przy pierwszem rannem ssaniu, kiedy

[1]) Des Kindes Ernährung etc. 1906. tom I. str. 362.
[2]) Jahrb. f. Kinderh. tom 56. str. 86. 1902.
[3]) Tamże str. 446.
[4]) Arch. f. Kinderh. tom 37. str. 104. 1903.
[5]) Tamże str. 91.
[6]) Jahrb. f. Kinderh. tom 58. str. 528. 1903.
[7]) Arch. f. Kinderh. tom 47. str. 68. 1907.
[8]) Archives de méd. d. enf. tom 11. str. 312. 1908.
[9]) Lehrbuch d. Säuglingskrankheiten 1905. część I. str. 52.



Objaśnienie tablicy.

Linia łamana pod kątami prostymi przedstawia ilość przyjmowanego pokarmu. Pole białe oznacza pokarm z piersi, pole kreskowane pionowo mleko krowie, mianowicie z oznaczeniem M$^1/_2$ mleko rozcieńczone do połowy wodą z cukrem mlecznym, z oznaczeniem M$^2/_3$ mleko rozcieńczone do $^2/_3$, z oznaczeniem M1 mleko pełne. Pole kropkowane oznacza kaszki na wodzie lub rosole.

Linia łamana pod kątami zmiennymi oznacza ciężar ciała.

Linia paciorkowata oznacza dla poszczególnych tygodni współczynnik energijny, tj. ilość dowiezionych kaloryi na 1 kg. wagi ciała.

W dolnej rubryce poziomej oznaczone są stolce. Stolce prawidłowej konsystencyi oznaczone są kreskami pionowemi lub lekko nachylonemi, stolce konsystencyi mniejszej kreskami więcej nachylonemi, stolce wodniste kreskami poziomemi lub zbliżonemi do poziomych. Załamania na jednym końcu kreski, lub na obu oznaczają, że stolec był mniej lub więcej zwarzony, przekreślenie w środku kreski, że zawierał śluz. Stolce smołkowe oznaczone są literą S.

Ponad tą rubryką oznaczone są zwracania, V oznacza zwracanie skąpe, ◇ obfitsze.

Powyżej kreskami poziomemi oznaczona jest ilość karmień w tych dniach, w których karmień było albo więcej albo mniej niż pięć.

Strzałki nad napisem tannalbiny oznaczają dni, w których wykonywano pompowanie piersi.

po 8-godzinnej przerwie pokarmu w piersiach było więcej, piersi stanowczo nie były w zupełności opróżniane. Przeciwnie opróżnianie przy czterech pozostałych karmieniach było znacznie dokładniejsze tak, że zapomocą pompki można było otrzymać zwykle zaledwie kilka, rzadziej 11—19 gramów. Dziecko otrzymywało też mimo krótszych przerw dziennych między karmieniami ilości niewiele mniejsze, a przy niektórych karmieniach czasem nawet większe, niż przy pierwszem ssaniu.

Do zastosowania pompki skłoniła mnie ta okoliczność że ilości pokarmu w 3. tygodniu wcale się nie podnosiły, wahały się około 400 gr., zatem na poziomie zupełnie nie wystarczającym, co odbiło się też na ciężarze ciała ujemnie. Pompkę stosowano przez 11 dni od 22—32. dnia 2—3 razy dziennie, a pokarm wypompowany podawano z reguły dziecku. Wpływ pompowania na produkcyę pokarmu był bardzo wybitny. Ilość pokarmu wzniosła się szybko z 400 na pięćset kilkadziesiąt gr., a ciężar ciała zaczął się znowu podnosić. Mimo to, że pompowania następnie zaniechano, i mimo, że piersi, szczególnie przy pierwszem ssaniu, znów były niedostatecznie opróżniane, ilości ogólne dzienne podnosiły się w dalszym ciągu, chociaż już nie tak stromo, a przyrost ciała odbywał się wprawdzie wolno, ale stale i z niezbyt wielkiemi wahaniami.

Ilości pokarmu, które dziecko otrzymywało początkowo z piersi, stały znacznie poniżej średnich, obliczonych ze znanych dotychczas spostrzeżeń. Z końcem pierwszego tygodnia [1]) dziecko dochodzi od 400—500 gr, z końcem pierwszego miesiąca do 600, w drugim miesiącu do 800, w trzecim do 900, w czwartym do 1000 gr, pokarmu, co przy zawartości 650 Kal w 1 litrze i uwzględnieniu prawidłowego przybywania na wadze daje współczynnik energijny Heubnera (ilość dowożonych kaloryi na 1 kg wagi ciała dziecka), wynoszący z końcem pierwszego tygodnia i w pierwszym miesiącu 100, w drugim, trzecim i czwartym miesiącu nawet 110, a w czasie następnym przy dalszym przyroście ciężaru ciała, a utrzymywaniu się dowozu na równi opadający do 100, następnie do 90 i 80 Kal. Jako ilość konieczną w pierwszych miesiącach do utrzymania ciężaru ciała na równi (Erhaltungsbedarf) uważa się 70 Kal. na 1 kg. Przyrost ciała może się odbywać tylko przy współczynniku wyższym.

W danym przypadku wartość użytkowa 1 litra mleka, obliczona na podstawie wyniku rozbioru chemicznego (p. n.), wynosiła 639,91 Kal. Współczynnik energijny wynosił, jak to jest dla poszczególnych tygodni zaznaczone na tablicy, w pierwszym tygodniu 24,10, w drugim 52·72, w dwóch pierwszych 38·68, z końcem pierwszego tygodnia 44·67 Kal. Dowóz energii był zatem w tym czasie zupełnie niewystarczający do przyrostu. Mimo to widzimy, że po począ-

[1]) p. Finkelstein l. c. str. 20 i 53.

tkowem opadaniu ciężaru ciała, zawsze spostrzeganem u noworodków, ciężar ciała znowu się podnosi. Nie może tu chodzić o rzeczywisty przyrost ciała, tylko o odzyskanie wody, utraconej przez noworodka skutkiem ogólnego zaburzenia poporodowego. Okazuje się to ze stosunków w 3. tygodniu: mimo podniesienia się współczynnika energijnego na 62·66 Kal. następuje opadanie ciężaru ciała, co można uważać za dowód, że nawet tego rodzaju dowóz jest zupełnie niewystarczający. Dopiero, gdy po zastosowaniu pompki w 4. tygodniu ilości pokarmu, mianowicie od 24 dnia podniosły się na 550 gr, a współczynnik przekroczył 73 Kal. (średnio w 4. tygodniu wynosił 72,22), ciężar ciała zaczął się znowu podnosić. Dowóz energii był jednak w stosunku do podanych średnich skąpy, wahał się w 2. i 3. miesiącu naokoło 85 Kal, w 4. podnosił do 90, a potem znów opadł poniżej 90 Kal., co zwykle następuje dopiero w 3. kwartale.

Wobec tego skąpego dowozu nie może być uderzającem, że także przyrost wagi był powolniejszy, niż bywa średnio. Wynosił on w pierwszym kwartale 1345 gr na 91 dni, tj. 14,78 gr dziennie (jako prawidłowy przyrost można przyjąć około 23 gr), w drugim 1319 gr na 92 dni, tj. 14·34 dziennie (zwykle około 18 gr), w trzecim do końca ścisłej obserwacyi 631 gr na 48 dni, dziennie średnio 13,15, coby już w zupełności odpowiadało stosunkom prawidłowym.

W 220. dniu rozpoczęło się powolne odstawianie dziecka przez ograniczenie karmień piersią do 4 razy, a wprowadzenie jednego karmienia tapioką, grysikiem lub kaszą owsianą Knorra na wodzie lub rosole, albo mlekiem. W dniu 233. wyjazd na wieś, co zmusiło do zakończenia ściślejszego spostrzeżenia. Od 245. dnia (początek 9. miesiąca) tylko 3 karmienia piersią, od 276. dnia (początek 10. miesiąca) 2 karmienia piersią, 293. dnia powrót do Krakowa, od 299. dnia tylko jedno karmienie piersią, od 306. dnia, t. j. ukończenia 10 miesięcy, zupełne odstawienie. Ilości, które dziecko dostawało z piersi po powrocie do Krakowa, wahały się przy jednem karmieniu między 233 a 140 gr i, mianowicie po zastosowaniu jednorazowego karmienia, miały skłonność do opadania.

Okres odstawiania zaznacza się szybkim przyrostem ciężaru ciała, przez co dziecko wyrównało w zupełności dawniejsze zaniedbania. Złożyły się zapewne na to różne czynniki. Przyrost w ciągu 2-miesięcznego pobytu na wsi wynosił 1295 gr, t. j. 21,2 dziennie. Także i późniejszy przyrost był zupełnie zadowalniający, wynosił 12,16 dziennie, przekraczając w ten sposób nieco średnią, wynoszącą w 4. kwartale 8 gr dziennie. Z końcem pierwszego roku życia, t. j. dnia 21. grudnia 1912 r. ważyło dziecko 9430 gr, okazywało zatem ciężar zupełnie prawidłowy; długość ciała wynosiła 74·5 cm.

Przybywaniu ciężaru ciała odpowiadało odżywienie. Dziecko jako noworodek było bardzo dobrze odżywione. W pierwszych 7 miesiącach odżywienie znacznie się pogorszyło, dziecko przychudło wyraźnie, a dopiero w późniejszych miesiącach odzyskało prawidłowe zaokrąglenie kształtów. Poza tem ogólny rozwój odbywał się prawidłowo. Siła mięśniowa wzrastała szybko. Dziecko zaczęło siadać w 5. miesiącu, mając $10^1/_2$ miesiąca zaczęło stawać na nóżki, podnosząc się wprost z podłogi bez trzymania się przedmiotów, mając $11^1/_2$ miesiąca rozpoczęło chodzić, t. j. robiło kilka kroków zupełnie samodzielnych.

Rozwój kośćca odbywał się także bez zarzutu. Dwa zęby sieczne dolne wewnętrzne wydobyły się w połowie 8. miesiąca, 4 górne w 10. miesiącu, dwa dolne zewnętrzne z początkiem 12. miesiąca. Podobnie rozwój inteligencyi był zupełnie prawidłowy.

Odporność dziecka względem chorób zakaźnych była dostateczna, gdyż choroby te, które dziecko przebyło, nie były połączone z cięższemi zaburzeniami, ani poważniejszemi powikłaniami. Dziecko przebywało mianowicie trzykrotnie lekki nieżyt nosa i gardła. Ciepłota, mierzona w odbytnicy, nie przekraczała w czasie tych spraw nigdy 38·0°. Tylko za pierwszym razem (patrz tablica) odbił się nieżyt niekorzystnie na ilości przyjmowanego pokarmu. Przebieg sprawy szczepiennej zaznacza się na ilości pokarmu dodatnio. W drugim miesiącu pobytu na wsi przebyło dziecko nieżyt dróg oddechowych z gorączką do 38·8°, co odbiło się na wejrzeniu i odżywieniu wyraźnie ujemnie, ale mimo to w tym czasie przybywanie wagi okazuje najwyższe wartości. Ślady tego nieżytu utrzymywały się kilka tygodni. Z końcem 11. miesiąca przebyło wreszcie dziecko jakąś bliżej nieokreśloną chorobę gorączkową (grypę?), początkowo przy stanach podgorączkowych wysuwały się na pierwszy plan objawy okrężnicowe: stolce śluzowobłoniaste, potem śluzowe z żyłkami krwi (badanie co do prątków czerwonkowych z wynikiem ujemnym), później lekkie zajęcie nieżytowe nosa i gardła i wzniesienia ciepłoty do 39·9°. Choroba ta odbiła się na sile mięśniowej wybitnie niekorzystnie: dziecko przestało na jakiś czas samodzielnie stawać na nogach.

Pozostają jeszcze do omówienia objawy żołądkowe i jelitowe.

Jak na tablicy zaznaczono, dziecko tylko rzadko i za każdym razem tylko przez krótki czas oddawało stolce zupełnie prawidłowe i w ilości prawidłowej, w innych okresach stolce były liczne i nieprawidłowe. Ilość stolców wypadłaby w tych okresach jeszcze wyższą, gdyby się chciało jako osobne stolce zapisywać drobne popuszczenia przy oddawaniu gazów lub moczu. Szczególnie niekorzystnie przedstawiały się stolce w początkowych tygodniach, mianowicie w trzecim, właśnie wtedy, kiedy dowóz pokarmu był zupełnie niewystarczający.

U dziecka pojawiało się także od czasu do czasu zwracanie. Zwykle chodziło o bardzo małe ilości, wynoszące kilka gramów, rzadziej ilości, które można było ocenić na 10—30 gr. Pojawianie się zwracań i stolców dyspeptycznych nie zawsze szło ze sobą w parze. Zwracanie następowało z reguły przy gwałtowniejszych ruchach dziecka, lub pewnych położeniach, przy przechyleniu, trzymaniu głowy na dół, przy sadzaniu i t. p.; zawsze wkrótce po jedzeniu a tylko raz 88. dnia w 2 godziny po jedzeniu. Trzymanie smoczka przez dziecko zapobiegało do pewnego stopnia zwracaniom. Zwracanie było połączone oczywiście z pewnem obniżeniem ilości doprowadzonego pokarmu, co jednak nie mogło być w krzywej pokarmu ani w rachunkach uwzględnione, ale zresztą w znacznej mierze było wyrównane nieuwzględnieniem tej części pokarmu wyssanego, która równoważy wodę, utraconą przez oddychanie i przeziew skóry podczas ssania, a co przy karmieniach dość długo trwających mogło wynosić na jedno karmienie 2 do 3 gramów.

W związek z objawami dyspeptycznymi należy wprowadzić wahania ciężaru ciała, mianowicie nagłe wzniesienia i znaczne spadki tego rodzaju, jakich w idealnej krzywej ciężaru się nie widzi. Wreszcie i ciepłota ciała, o ile była mierzona, okazywała nieco znaczniejsze wahania, niż to bywa prawidłowo.

Przyczyna tych stanów niestrawności nie leżała prawdopodobnie w jakości pokarmu, gdyż pokarm miał skład prawidłowy. Nie można ich było odnieść do przekarmiania, ani do niedokarmiania, gdyż wprawdzie początkowo dziecko było niedokarmiane, później jednak dostawało ilości prawidłowe, a mimo to objawy niestrawności utrzymywały się. Przyczyna musiała zatem leżeć w konstytucyi dziecka, chociaż innych wybitnych objawów zboczeń konstytucyonalnych dziecko nie okazywało, nie było dziedzicznie obciążone, nie było zbytnio nerwowo-wrażliwe, nie okazywało objawów skazy wysiękowej, czy limfatyzmu, oprócz lekkiego powiększenia śledziony.

O niestrawności niemowląt karmionych piersią pisał przed 11 laty Raczyński [1]), jednakże przypuszczał w swych przypadkach, że początek dają jej błędy dyetetyczne. On to radził stosować leczniczo mleko krowie w ilości 2 razy po 100 gr lub nutrozę. Na znaczenie etyologiczne czynników konstytucyonalnych zwrócili uwagę Czerny i Keller, a niedawno znowu Finkelstein [2]).

W naszym przypadku podawanie tannalbiny nie wpłynęło na objawy niestrawności. Podobnie bez skutku było wprowadzenie mleka rozcieńczonego do $^2/_3$ i mleka pełnego, co prawda podanego w małych ilościach, wreszcie podawanie nutrozy. Dopiero zastosowanie dyety wodnej i olejku rącznikowego w dniu 217., a następnie wprowadzenie jednego pełnego karmienia sztucznego, mianowicie kaszek dość gęsto przygotowanych (1 łyżka płaska = 13 gr na jakie 160 gr rosołu lub wody) i większych ilości mleka pełnego sprawiło wybitną zmianę na lepsze, tak co do stolców, jak co do zwracań i przybywania ciężaru ciała.

W każdym razie należy stwierdzić, że dziecko także w okresie niestrawności wyzyskiwało dostarczony pokarm wcale nieźle, gdyż przy skąpym dowozie wynosił przyrost ciężaru w pierwszem półroczu 14,78 i 14,34 gr dziennie, a zatem przyrost, leżący wprawdzie poniżej średniej, ale zupełnie wystarczający. Rosenstern [1]) bowiem za granicę dostatecznego przyrostu podaje 100 gr na tydzień, 14·3 na dzień.

Matka przeszła w ciągu karmienia lekkie zapalenie wyrostka robakowatego z najwyższem wzniesieniem ciepłoty (37·5° pod pachą) w 88. dniu. Przechodziła także lekkie nieżyty nosowe. Pierwsza miesiączka pojawiła się bezpośrednio przed zupełnem odstawieniem dziecka z końcem 10. miesiąca.

* * *

Na podstawie powyższych szczegółów musimy dojść do następujących wniosków:

1) W danym przypadku chodziło o dziecko, które mimo prawidłowej sprawności piersi i mimo dostatecznego zapasu sił własnych wskutek niedostatecznego opróżniania piersi (lenistwo, czy niesprawność) otrzymywało pokarm w ilości skąpej. O podobnych przypadkach donosili świeżo Rietschel [1]) i Rosenstern (l. c.).

W tych przypadkach wskazane jest opróżnianie piersi po karmieniu zapomocą wystrzykiwania pokarmu, albo wypompowania, a pokarm, otrzymany w ten sposób, może być podany niemowlęciu dla uzupełnienia pokarmu wyssanego. W naszym przypadku pompowanie było wykonywane tylko przez 11 dni i tylko 2—3 razy dziennie, zatem nie po każdem karmieniu, a mimo to wpływ na produkcyę pokarmu był bardzo wybitny i okazał się trwały; przekroczony został przytem w ten sposób współczynnik 70 Kal., co umożliwiło dostateczny dalszy rozwój dziecka.

2) Jak się okazuje z naszego przypadku, do rozwoju dostatecznego, tj. do przyrostu przynajmniej 100 gr tygodniowo, 14, 3 dziennie, wystarcza nawet w pierwszych miesiącach i nawet przy objawach niestrawności, jeżeli nie są ciężkie, dowóz około 85 Kal na 1 kg wagi dziecka. W takich przypadkach nie ma powodu do energiczniejszego wkraczania lekarskiego.

3) Dziecko należało do kategoryi dzieci, które mimo higienicznego karmienia w długich 4-godzinnych odstępach i mimo nieprzekarmiania okazywało objawy niestrawności z powodów konstytucyonalnych. Także wobec tych objawów, jeżeli tylko rozwój dziecka jest dostateczny, możemy się zachować wyczekująco.

* * *

Rozbiór mleka zawdzięczam zakładowi prof. Marchlewskiego (Dr Kruczek). Pokarm z każdej piersi został co do swego składu oznaczony osobno; podam jednak tylko liczby średnie. Ogólna ilość azotu: 0·15595%, ogólna ilość ciał białkowatych 0·99325%, azot albuminów 0·05925%, azot kazeinu i globulinów 0·0967%, ilość albuminów 0·4110%, ilość kazeinu i globulinów 0·5820%, tłuszczu, cholesteryny i fosfatydów 3·700%, cukru 6·528%. suchej pozostałości 10·895%, popiołu 0·3150%. Istnieje zatem pewna rozbieżność (różnica wynosi 0·7412%) między ogólną ilością ciał stałych 11·5362%, a suchą pozostałością 10·8950% co tylko częściowo tłómaczy się przyjęciem całego azotu za azot białka.

Wartość użytkową jednego litra w kaloryach obliczyłem, mnożąc ilość azotu przez 26, ilość tłuszczu przez 9·23, ilość cukru przez 3·95. Z obliczenia wypada 639·91 Kal. W nutrozie przyjąłem 87% ciał białkowatych, o wartości użytkowej 1 gr wynoszącej 4·1 Kal, w kaszkach 87% skrobi o wartości takiej samej, z czego wynikało, że jeden gram nutrozy lub kaszki miał w przybliżeniu taką samą wartość, co 5·5 gr. pokarmu z piersi.

[1]) Przegląd lek. 1902. Nr 26—29.
[2]) Therapie d. Gegenwart. 1909 Nr 8.
[1]) Deutsch. med. Woch. 1912. Nr 39.

[1]) Jahrb. f. Kinderh. t. 75, str. 403. 1912.

Przyczynek do etyologii porażeń nerwu twarzowego

podał

Adam Rydel.

Jednem z najczęstszych porażeń obwodowych jest niewątpliwie porażenie nerwu twarzowego; dość wspomnieć statystykę, podaną przez Fuchsa*), według której na 60.000 chorych, leczonych w ambulatoryum wiedeńskiej kliniki dla chorób nerwowych i umysłowych, było blizko 600, t. j. niemal 1% porażeń obwodowych nerwu twarzowego. Toteż dzięki licznym spostrzeżeniom ostatnie zwłaszcza lata przyniosły mnóstwo nowych szczegółów, tyczących się bądź to etyologii i patogenezy, bądź to symptomatologii, bądź też wreszcie leczenia tego cierpienia.

Tem ciekawszym wydaje się przypadek, jaki miałem sposobność spostrzegać przed paru laty. przynosi on bowiem szczegół, tyczący się sposobu powstawania prosopoplegii, dotychczas nieznany mimo spostrzeżeń tak licznych i tak wielostronnie rozszerzających naszą znajomość tego porażenia.

Oto krótki wyciąg z historyi tego przypadku:

Marya W. lat 35, kucharka, stanu wolnego, dziedzicznie nie obciążona, zawsze dotychczas zdrowa, podaje, iż zwłaszcza w ostatnich czasach ani chorób usznych, ani zapaleń gardła, ani cierpień zakaźnych nie przechodziła.

W d. 28. IX. 1908 r., w niedzielę po południu, siedziała drzemiąc koło pieca. kiedy nagle, ziewnąwszy bardzo silnie, z przerażeniem spostrzegła, iż ust nie może zamknąć; równocześnie poczuła ból pod uchem lewem. Poczęła sobie silnie rozcierać »podgardle«, poczem po chwili usta się zamknęły, ale ból przed uchem pozostał i trwał jeszcze przez kilka dni najbliższych, aczkolwiek coraz słabszy. Nazajutrz rano obudziła się z porażoną twarzą po lewej stronie, a porażenie to aż do wtorku, t. j. 30. IX. 1908 wzmagało się, od tego zaś dnia aż do dnia badania utrzymuje się w mierze. Oprócz tego chora podała, iż ma dziwne uczucie po lewej stronie języka, bolesne strzykanie w okolicy lewego ucha, tudzież, że wszelki hałas w szczególny, przykry sposób odczuwa w lewem uchu. Badanie przedmiotowe, przeprowadzone w dniu 2. X. 1909 r. (a więc w 5. dniu trwania porażenia) wykazało zupełnie typowe, całkowite porażenie lewego nerwu twarzowego, obejmujące wszystkie jego trzy gałązki, z asymetryą, zniesieniem zupełnem ruchów w tej połowie twarzy, połączone z przytępieniem słuchu na lewem uchu (zegarek po str. lewej 50 cm., po prawej 70 cm.) przy zupełnie prawidłowych wynikach prób widełkowych; nadto czucie smaku było zupełnie zniesione we wszystkich czterech rodzajach na przedniej części lewej połowy języka, na prawej natomiast było bardzo wyrobione; wreszcie na lewej połowie języka i na błonie śluzowej lewego policzka istniało niemal zupełne zniesienie czucia bólu.

Badanie elektryczne wykazało nieznaczne obniżenie pobudliwości faradycznej, a wzmożenie galwanicznej w zakresie nerwu twarzowego, nadto leniwy skurcz z odwróceniem formuły (A>K) przy drażnieniu galwanicznem mięśnia okrężnego ust. Badanie wreszcie całego układu nerwowego, narządów wewnętrznych i moczu dawało wyniki zupełnie prawidłowe.

Już w tydzień po tem pierwszem badaniu, a w dwanaście dni od początku choroby (9. X. 1908) można było stwierdzić pewne ruchy własnowolne mięśni porażonej twarzy, przyczem poprawa prędzej postępowała w zakresie dwóch górnych gałązek nerwu twarzowego, aniżeli w dolnej. Badanie elektryczne wówczas podjęte wykazało stosunki prawidłowe z wyjątkiem drażnień poniżej podanych:

gałązki trzeciej: faradycznie 115 mm. (po pr. 131), galwanicznie 2 M.A. (po pr. 1); M. orbicularis oris superior: faradycznie 115 mm. (pr. 125), galwanicznie 2 M.A. (pr. 1), skurcz leniwy bez odwrócenia formuły; M. orbicularis oris inferior: faradycznie 120 mm. (pr. 125), galwanicznie 1·5 M.A. (pr. 1·5), skurcz leniwy z odwróceniem formuły t. j. anoda działa silniej.

Słuch w tym czasie obustronnie już był równy, natomiast zaburzenia smaku i czucia nie wykazywały jeszcze poprawy.

20. X. 1908 istniał już tylko bardzo nieznaczny niedowład (paresis), widoczny zwłaszcza w mięśniach ust, a w końcu tego samego miesiąca, a zatem w 5. tygodniu od rozpoczęcia się choroby, wypuszczono chorą z leczenia, jako uleczoną. Nie ponawiano jednak wówczas badania smaku i czucia bólu.

Niezwykłość powyższego przypadku polega na jego etyologii: nie można się bowiem oprzeć przypuszczeniu, iż porażenie nerwu twarzowego wywołane zostało u chorej zwichnięciem szczęki. Jakoż ani dokładne w tym kierunku wywiady, ani szczegółowe badanie nie pozwoliły stwierdzić niczego, coby za przyczynę porażenia można było przyjąć, oprócz zwichnięcia szczęki; jeśli się zaś zważy, iż między chwilą zwichnięcia a spostrzeżeniem porażenia upłynęło zaledwo kilkanaście godzin, (a prawdopodobnie w rzeczywistości znacznie mniej — porażenie bowiem w czasie snu wystąpiło), to przypuszczenie związku przyczynowego między zwichnięciem a porażeniem zdaje się nie ulegać wątpliwości, mimo braku podobnych spostrzeżeń w piśmiennictwie. W istocie ani w znanych podręcznikach chorób nerwowych, ani w monografiach tak klasycznych i wyczerpujących, jak M. Bernhardta (Die Erkrankungen peripherer Nerven), ani wreszcie w całej kazuistycznej literaturze tego przedmiotu z ostatnich lat 12 nie udało mi się żadnej wzmianki o podobnej etyologii wyszukać; również nie wspominają podręczniki chirurgii o prosopoplegii, jako następstwie zwichnięcia szczęki.

Jak wiadomo, najczęstszą formą zwichnięcia szczęki dolnej jest zwichnięcie ku przodowi, przy którem wyrostek stawowy szczęki dolnej, wyskoczywszy ze swej panewki, ześlizguje się poprzez guzek stawowy (tub. articulare) kości skroniowej i przed nim się ustawia. Jest to zwichnięcie niezmiernie łatwo powstające, tak, że zbyt szerokie otwarcie ust, np. przy krzyczeniu, wymiotowaniu, lub z i e w n i ę c i u, wystarcza, aby je wywołać. Przebiega ono niemal zawsze bez pęknięcia torebki stawowej, a bardzo często chorzy sami mogą odprowadzić je zapomocą różnych manipulacyi. Aczkolwiek w naszym przypadku nie mamy pozornie żadnych danych do bliższego określenia zwichnięcia, jakie u chorej nastąpiło, to jednak z powyższego wynika, iż może tu być tylko mowa o zwichnięciu ku przodowi.

Chcąc zrozumieć mechanizm, który wywołał porażenie nerwu twarzowego, należy zwrócić uwagę, iż w naszym przypadku porażenie to było połączone z 1) przeczulicą słuchową, 2) znieczuleniem języka na ból i 3) zniesieniem smaku po porażonej stronie. Z tych trzech objawów tylko

*) Fuchs: Die peripherischen Facialislähmungen u. ihre Behandlung. Wien. med. Presse Nr 6—7 1907.

dwa ostatnie mają według nowszych zapatrywań niewątpliwą wartość dla oznaczenia miejsca schorzenia nerwu twarzowego. Jakoż wiadomo, iż zaburzenia czucia smaku i bólu na języku w przypadkach prosopoplegii zależą od zajęcia sprawą chorobową włókien nerwowych, które biegnąc zrazu w nerwie twarzowym, oddzielają się od niego już w kanale Fallopiusza i przebiegają osobnym kanalikiem w strunie bębenkowej (chorda tympani), kierując się z powrotem ku górze, ku przodowi i ku wewnątrz; sam zaś nerw twarzowy wyszedłszy przez otwór rylcowosutkowy z kanału Fallopiusza, niemal pod prostym kątem zwraca się ku przodowi, aby podzielić się na poszczególne włókna (pes anserinus). Żeby więc powstały równocześnie z porażeniem twarzy upośledzenie smaku i czucia bólu na języku, musi miejsce schorzenia sięgać powyżej punktu, w którym struna bębenkowa oddziela się od nerwu twarzowego, a zatem musi ono leżeć jeszcze w obrębie kanału Fallopiusza. Najprawdopodobniejszą jest zatem rzeczą, iż w naszym przypadku przy zwichnięciu szczęki wraz z nią i nerw twarzowy został pociągnięty ku przodowi, a przez to uciśnięty o kość, tworzącą przednią ścianę kanału Fallopiusza i przednią krawędź otworu rylcowosutkowego. Porażenie zatem zostało wywołane przez ucisk nerwu w tej wysokości, a nie przez samo jego naciągnięcie lub przez ucisk w dalszym przebiegu.

Takie tłomaczenie zadziałania zwichnięcia zgadza się również z doświadczeniem klinicznem, które uczy, że porażenia, wywołane przez ucisk nerwu, jeśli tylko ten ucisk nie trwał nadmiernie długo, są zazwyczaj porażeniami lekkiemi co do stopnia i co do czasu trwania, w przeciwieństwie do porażeń, wywołanych przez naciągnięcie nerwu. Te bowiem, jako polegające na poprzerywaniu niektórych przynajmniej włókienek nerwowych, zawsze mają formę ciężkich i długotrwałych porażeń. Porażenie zaś w naszym przypadku zarówno ze względu na rodzaj oddziaływania elektrycznego, jak i na czas trwania, niewątpliwie musi być uważane za lekkie.

Tak więc powyższy przypadek stwierdza możliwość — dotyczas nieznaną — wystąpienia prosopoplegii w następstwie zwichnięcia szczęki i uczy, iż mechanizm powstawania tego porażenia polega najprawdopodobniej na uciśnięciu nerwu, napiętego przez zwichnięcie szczęki, o kostną ścianę kanału Fallopiusza.

Znajomość takiej etyologii porażenia twarzy może mieć znaczenie także w sprawach sądowo-lekarskich.

Kilka uwag o »circulus vitiosus« po gastroenterostomii.

Podał

Zygmunt Radliński.

Sprawa »circulus vitiosus« po gastroenterostomii jest obecnie znacznie mniej żywotną, niż była dawniej. Pamiętamy wszyscy chirurgowie te czasy, gdy po każdej gastroenterostomii z pewną obawą wyczekiwaliśmy przez pierwszych parę dni, czy nie wystąpią groźne zwiastuny: obfite wymioty treścią brunatno-żółciową i wzdęcie nadbrzusza, wskazujące, że »błędne koło« powstaje. Chorzy, których, dotknęło to powikłanie, pomimo energicznego ratunku przeważnie byli straceni i sekcya wykrywała ogromne przepełnienie żołądka i jelita doprowadzającego płynną brunatną treścią, a zupełne zapadnięcie pętli odprowadzającej. Stąd wniosek, że treść żołądka przedostawała się nie do pętli odprowadzającej, jak być powinno, ale w kierunku ku dwunastnicy. Treść dwunastnicy: żółć, sok trzustkowy — znów ze swej strony wlewały się do żołądka, zamiast do pętli odprowadzającej, i stąd nazwa »circulus vitiosus«. Próby zapobiegania temu stanowi polegały na podaniu różnych odmian zakładania otworu gastroenterostomijnego w ten sposób, by nibyto utrudnione zostało wlewanie się treści żołądkowej do pętli doprowadzającej, a ułatwione wlewanie się do odprowadzającej. Przypomnę tu o zastawce, podanej przez Kochera i o różnych sposobach przymocowywania pętli do żołądka. Metody te nie miały powodzenia rozstrzygającego. Dopiero z chwilą wprowadzenia przez Brauna anastomozy pomiędzy pętlą doprowadzającą i odprowadzającą gastroenterostomia przednia przedokrężnicza przestała wywoływać »circulus vitiosus«.

Gastroenterostomia tylna zaokrężnicza (Hackera) od samego początku odznaczała się znacznie mniejszą skłonnością do »circulus vitiosus«, o ile przez błędne ustawienie pętli w kierunku izoperystaltycznym nie wywołano jej skręcenia. I tu jednak przypadki takie się zdarzały i zdarzały się tam, gdzie użyto do anastomozy pętli dłuższej, niż to jest konieczne. Że w długości tej pętli upatrywali autorowie przyczynę (circulus vitiosus) (Petersen i inni), wynika stąd, że doradzają oni z naciskiem użycie pętli ile możności krótkiej. Jako bezpośrednie następstwo tej rady występuje wskazówka, aby pętlę względem żołądka ustawiać antyperystaltycznie, a nie izoperystaltycznie. Oczywiście, że odcinek pętli jelita czczego, licząc od fałdu dwunastniczojelitowego »plica duodeno-jejunalis« do otworu anastomozy, może być krótszy przy ustawieniu antyperystaltycznem, niż przy izoperystaltycznem, gdyż po wyjściu z poza otrzewnej przy fałdzie dwunastniczojelitowym jelito ma kierunek z prawej strony na lewą, a żołądek ponad niem z lewej na prawą. Najbliższe równoległe ustawienie ścian w celu anastomozy jest zatem antyperystaltycznem.

Niezwracanie uwagi na długość pętli jelitowej przy gastroenterostomii tylnej i powstający w tych razach »circulus vitiosus« doprowadziły do propozycyi, by i przy tylnej anastomozie zakładać również enteroanastomozę typu Brauna, podobnie jak przy przedniej. Zupełnie jednak słusznie nazywa Bier gastroenterostomię tylną z anastomozą Brauna zabiegiem godnym zaniechania.

Bier w swem dążeniu do możliwie krótkiej pętli przy tylnej gastroenterostomii idzie tak daleko, że używa do niej pętli tuż przy fałdzie dwunastniczojelitowym, niekiedy nawet przecinając t. zw. więzadło Treitza, stanowiące wolny lewy brzeg tego fałdu.

Można uważać za uznane niemal powszechnie, że przy gastroenterostomii tylnej należy brać pętlę ile możności krótką i ustawiać ją antyperystaltycznie, zaś przy gastroenterostomii przedniej dodawać Braunowską enteroanastomozę.

O ile ten drugi postulat jest zupełnie zrozumiały, o tyle dla wyjaśnienia konieczności, by przy gastroenterostomii tylnej używano pętli ile możności najkrótszej — nie spotkałem dowodów wystarczających.

Zdaje mi się, że można je przedstawić, jak następuje.

Po zabiegu operacyjnym na jelitach często, jak wiadomo, występuje przemijający niedowład jelit. Niedowład ten sprawia, że stale wlewające się w znacznych ilościach do dwunastnicy żółć i sok trzustkowy nie zostają ruchami jelita popchnięte dalej, ale zalegają w niem i jelito ulega mechanicznemu rozciągnięciu i obciążeniu. Naturalnie im dłuższą jest w ten sposób wypełniona pętla, tem waga jej jest większa i tem łatwiej może nastąpić obciągnięcie ku dołowi ściany żołądka, przymocowanej do pętli. To obciągnięcie ku dołowi wywołuje stopniowo skośne ustawienie otworu gastroenterostomijnego, przez co powstaje ostroga pomiędzy pętlą doprowadzającą i odprowadzającą i zaciśnięcie pętli odprowadzającej — i »circulus« jest gotów. Wobec ruchomości ściany żołądka to obciągnięcie ciężką pętlą w dół i skośne ustawienie otworu z zaciśnięciem pętli odprowadzającej jest możliwe przy wszelkiem ustawieniu żołądka względem jelita, o ile waga bezwzględna wypełnionej pętli jest dostateczną, aby to wywołać. Występuje to tem łatwiej, im pętla doprowadzająca jest dłuższa, a więc po wypełnieniu cięższa, tem trudniej, im jest krótsza, a więc lżejsza. Przy używaniu pętli zupełnie krótkiej (10 ctm i mniej) »circulus vitiosus« wogóle, o ile się zdaje, nie bywa.

Podobne rozumowanie odnosi się i do resekcyi żołądka, o ile robimy ją sposobem Billrotha II, lub którą z jego odmian. O ile pozostawiony odcinek żołądka jest dość ruchomy, tak, że przeprowadzona ku niemu poprzez krezkę okrężnicy poprzecznej (mesocolon transversum) pętla może być zupełnie krótka, to enteroanastomoza staje się zbyteczną (o ile przytem obszyjemy otwór w krezce okrężnicy dookoła połączenia żołądka z jelitem). Natomiast w takich przypadkach, gdzie żołądek po resekcyi cofa się wysoko ku górze, gdzie przez to pętla jelita musi być dłuższą, aby do żołądka bez napięcia sięgnąć, — enteroanastomoza jest niezbędną.

Raz jeszcze streszczam uwagi powyższe.

1) W napełnieniu pętli doprowadzającej główną rolę odgrywa żółć i sok trzustki.

2) Przyczyną nieopróżniania się pętli i zalegania w niej treści jest pooperacyjny niedowład jelita.

3) Nieopróżnianie się pętli wywołuje mechaniczne jej rozciągnięcie i obciążenie.

4) Obciążenie pętli wywołuje przeciągnięcie ku dołowi otworu gastroenterostomii wraz ze ścianą żołądka i ustawienie takie, że otwór staje się niedrożny ku pętli odprowadzającej.

5) Jest to tem mniej możliwe, im pętla doprowadzająca jest krótsza, a więc nawet w razie, gdy zostaje wypełniona treścią przy czasowym niedowładzie, ma wagę nie wystarczającą do tego, aby taki mechanizm wywołać.

Zaćma przyrodzona i kiła odziedziczona.

Napisał

Bolesław Wicherkiewicz.

Wiadomo, że nie ma prawie zmian chorobowych, którychby nie przypisywano kile. I nic dziwnego, gdyż nie może ujść naszej baczności spustoszenie, jakie właśnie kiła wyrządza w ustroju ludzkim. Powinniśmy więc, badając etyologię, należycie uwzględniać tę skazę ustrojową, byle nie popadać w ostateczność, gdy każdą chorobę przypisujemy temu burzycielowi zdrowia i szczęścia rodzinnego. Przed laty podałem kilka uwag na ten temat na podstawie własnego doświadczenia. (»Zapoznanie podstawy kiłowej lub dopatrywanie się jej niewłaściwe w chorobach ocznych«. Postęp okulist. 1905, czerwiec, lipiec).

Dziś, gdy posiadamy dość pewny wskaźnik w badaniu serologicznem, powinniśmy krytyczniej możliwy taki związek uwzględniać, a że zaćma ogólnie umiała uchylać się w naszych pojęciach od posądzenia jej zależności od kiły, przeto w niniejszem pragnąłbym choć w kilku słowach poruszyć temat, któremu baczną poświęcałem zawsze uwagę, i to już wtenczas, kiedy z gronem zacnych kolegów przystępowałem do wydawania pierwszego w W. Księstwie Poznańskiem czasopisma lekarskiego.

Poświęcając dla zaznaczenia, jak drogą mi pamięć owej chwili, tę skromną pracę ku czci pisma, które mimo twardych warunków nietylko przetrwało niejedną burzę, ale umiało stanąć na wysokości naukowej wśród pierwszych tego rodzaju, życzę mu długiego nadal istnienia i ciągłego rozwoju na pożytek tyle politycznie gnębionej dzielnicy i dla utrzymywania czytelników, oby jaknajliczniejszych, w ciągłym kontakcie z postępem nauki i sztuki lekarskiej.

W Towarzystwie lekarskiem w Halle miał w maju b. r. Igersheim odczyt o kile, jako przyczynie zaniewidzeń młodych osób, i to na podstawie badanego serologicznie materyału halskiego Zakładu niewidomych (Münch. med. Wochenschrift). Na 187 badanych można było wogóle 32 razy stwierdzić kiłę, t. j. w 17·2%, a w 13·4% udało się znowu kiłę wykazać jako przyczynę zaniewidzenia. Wyłącznie wchodziła w grę kiła odziedziczona.

Lubo najrozmaitsze zachorzenia oczne przypisywano przytem kile, to jednak wyłączono z tego związku 19 przypadków, dotyczących zboczeń ocznych rozwojowych, co oczywiście odpowiada i naszym zapatrywaniom, nadto 12 zaćm wrodzonych, jako też 13 przypadków barwikowych zmian siatkówki (retinitis pigmentosa), gdy kiłę aż w 77·7% o wywołanie zapalenia tęczówki czyniono odpowiedzialną.

Wedle mego doświadczenia barwikowe zapalenie siatkówki (retinitis pigmentosa) nie zasługuje na wyłączenie z tego właśnie tła, lubo opierając się tylko na wrażeniu wyniesionem z praktyki, nie mógłbym tego liczbami bliżej określić. — Co do zaćmy, to, prawdę mówiąc, sprawa zdaje się mniej pewną.

Michel, omawiając etyologię zaćmy wrodzonej całkowitej u dzieci (Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten. V. II. Abt. p. 407), rozumie również dziedziczność w tem zna-

czeniu, iż zarodek zaćmy dziecko odziedzicza po rodzicach. Dalej rozwój wczesny zaćmy dziecka czyni Michel zależnym od rozmaitych stanów wyniszczenia (inanitio), niemniej od chorób zakaźnych, zwłaszcza od kiły rodziców. Michel wogóle wyobraża sobie, że tętnica szyjna (carotis), odgrywająca pośrednio ważną rolę w odżywianiu oka, może, ulegając stwardnieniu, wywołać następowo zaćmę, a gdy te zmiany czy to w tętnicy szyjnej, czy jej gałęziach bywają odziedziczone, już w młodym wieku zaćma się pojawia, nawet wtenczas, gdy w składnikach oka nie wystąpi widoczna zmiana. Michel przytacza przypadki zaćmy odziedziczonej, gdzie stwierdzono stwardnienie tętnicy szyjnej, zwłaszcza wewnętrznej, i gdzie były inne nadto objawy kiły odziedziczonej, jak zęby Hutchinsonowskie.

Oczywiście rozróżniać trzeba zaćmy wrodzone i zaćmy powstałe w młodym bardzo wieku bez wiadomej rzekomo przyczyny i to zazwyczaj obustronnie. Czy w danym razie zaćma taka istniała od urodzenia, czy też później dopiero się rozwinęła, trudno nieraz osądzić wobec braku dokładnego badania takich ócz zaraz po urodzeniu. Rodzice lub otoczenie zazwyczaj późno dopiero spostrzegają zmiany w źrenicy, która właśnie u dziecka bywa wązka; nastąpi to wtenczas, gdy dziecko pocznie oczyma gonić światło, albo gdy nasycenie zmętnienia soczewki, od urodzenia zmienionej, z biegiem czasu po tygodniach czy miesiącach stanie się silniejszem. Zresztą taki wpływ odziedziczonego zakażenia kiłowego mógł był już począć się w łonie matki, a dokonać dzieła w życiu pozamacicznem.

Chodzi tylko o to, czy taki wpływ wogóle przyjąć mamy prawo?

W rozmaitych, nawet najlepszych podręcznikach okulistycznych pod tym względem albo żadnych nie znajdujemy uwag, albo bardzo nieścisłe. Nawet Panas w znakomitem swem dziele »Traité des maladies des yeux«, poświęcając dużo uwag etyologii zaćmy w ogólności, nie podkreśla znaczenia kiły w powstawaniu zaćmy, a tem mniej odziedziczonej, a zaznacza jedynie, że dziedziczność niewątpliwie odgrywa pewną rolę tak co do zaćm wrodzonych, jako też nabytych.

Jeżeliby kiła, sprowadzając stwardnienie tętnicy szyjnej, miała wywołać zaćmę, jak twierdzi Michel, to również i zmiany w naczyniach siatkówki mogłyby do powstawania zaćmy u dzieci dziedzicznie obciążonych przyczyniać się. Wiadomo przecie, że zaćma, wywołana doświadczalnie przez naftalinę, nie jest zaćmą chemiczną, lecz wynikiem zboczenia w odżywieniu pewnej części oka, t. j. siatkówki i ciałka szklistego, a może ze współudziałem naczyniówki. Godzi się więc przypuścić, że i zmiany kiłowe tych części do złego odżywienia soczewki wcześniej, czy później wiodą. Ale zarzucićby można w tych razach to, że często po skutecznie dokonanej operacyi zmian żadnych wziernikiem jednak nie udaje nam się wykryć. Atoli liczyć się powinniśmy z tą okolicznością, iż zmiany takie mogą leżeć bardzo obwodowo i z powodu tego dla wziernikującego dzieci, i to nieraz z takim trudem, nie łatwo bywają dostępne, albo dotyczą części zewnętrznych siatkówki, które mniej wziernikowo podpadają, a one właśnie najwięcej przyczyniają się do zmętnienia soczewki.

Cóż jednak wskazuje nam w tym kierunku badanie samej soczewki? Zdawałoby się, że na podstawie poszukiwań tak ścisłych, jakie pozwala nam przeprowadzać pracownia naukowa kliniczna nowszych czasów, powinniśmy zdobyć coś uchwytnego. Wszakże badania Roemera nad soczewką i teorya jego o autocytotoksynach, na której oparł swą opoterapię, zapowiadały nową erę w nauce o zaćmach i ich zwalczaniu. Tymczasem Saluș (Untersuchungen über die Biologie der Linse, Graefes Arch. für Ophtal. 72.514) w puch rozwiał całą subtelną Roemera budowę. Nie od rzeczy może będzie choć w kilku słowach potrącić tutaj i o teoryę samą i o wywody, zwalczające śmiałą hypotezę.

Wedle Roemera komórki ustroju starzejącego się ulegają przemianie wstecznej, przez co tworzą się autocytotoksyny. Mogą one jednak tylko wtenczas szkodzić ustrojowi, jeżeli komórki posiadają własność wiązania tej toksyny, czyli jeżeli posiadają receptory. Fizyologicznie atoli istnieją urządzenia regulujące, a zatem takiemu wiązaniu (Verankerung) przeszkadzające. Sciany naczyń i warstwa barwikowa wyrostków rzęskowych w zwykłych warunkach tych toksyn nie przepuszczają. Jeżeli jednak przyrząd rzęskowy ucierpiał, wtenczas cytotoksyny dostają się do cieczy wodnej i tu działają niekorzystnie na nabłonek soczewkowy, niszcząc go, przez co wytwarzają się zmętnienia soczewki. Otóż teorya ta byłaby łatwo zrozumiałą co do przednich korowych zaćm, ale trudno ją zastosować do tylnych, jądrowych, przyjądrowych lub punkcikowych.

Salus wykazał jednak doświadczalnie, że soczewki nie posiadają wogóle tych receptorów — nie mogą więc wiązać autotoksyn. Nie znalazł on również żadnej prawie różnicy między surowicą prawidłową, a surowicą osobnika, dotkniętego zaćmą, co do wiązania komplementu. Natomiast silniejszy był ten odczyn surowicy kiłowych; Salus sądzi jednak, że to dla soczewki nie ma żadnego swoistego znaczenia, gdyż wiążące komplement surowice kiłowych z wyciągiem najrozmaitszych tkanek i chemicznych substancyi dają równy odczyn. Powołując się na ten fakt, zaznacza Salus, że przecież nigdzie w literaturze nie ma najmniejszej wzmianki, jakoby kiła miała mieć jakikolwiek wpływ na powstawanie zaćmy.

Powyżej wykazałem jednak, że tak nie jest; związkiem takim zajmowano się, ale ściśle naukowych dowodów zależności zaćmy od kiły nie podano nigdy.

Jeżeli ten związek kiły a zaćmy starczej, czy zaćmy powstającej w średnim wieku, tak mało w opinii klinicystów zasługuje na uwzględnienie, to i zaćmę młodego wieku dotychczas mniej jeszcze odnoszono do kiły. W najnowszem dziele Eversbuscha o chorobach ocznych młodego wieku znajdujemy co do etyologii wrodzonej lub wcześnie u dzieci występującej zaćmy tę króciutką o powyżej już omówionej teoryi Michla wzmiankę: »Eine lokale Zirkulationsstörung als Folge einer Erkrankung der Wandungen der Carotis communis und ihrer Verzweigungen, wie sie nicht selten ein- oder doppelseitig auf dem Boden einer hereditaren Lues entstehen«.

Jak widzimy, nie mamy żadnych pewnych danych co do tego przyczynowego związku.

Wobec tego może nie będzie zbytecznem przytoczyć własne spostrzeżenia, które wobec zaćmy, pojawiającej się u całego szeregu dzieci tych samych rodziców i przy do-

datnim wyniku badania serologicznego, na związek taki wskazywać się zdają.

Przypadek zrządził, iż pani P. z J. zgłosiła się prywatnie do mnie z czwartem już dzieckiem, dotkniętem zaćmą, rzekomo wrodzoną, prosząc o wykonanie operacyi w klinice; począłem więc szczegółowo badać wywiady i okoliczności, towarzyszące porodom lub mogące mieć jakiś wpływ na zdrowie dzieci, by wyśledzić możliwy jakiś związek.

Po raz pierwszy zgłosiła się matka w klinice mojej 19 maja 1901 z kilkomiesięcznem dzieckiem Józefą, u której z powodu zaćmy wrodzonej wykonano usunięcie zaćmy z późniejszem przecięciem zaćmy następowej. Jednak szczegółowych zapisków nie można było odszukać. Tylko tyle mogłem stwierdzić, iż po zwyczajnem usunięciu soczewek i przez następne wypłukanie wzrok wynosił dnia 29. VII.: W pro = 6/18 hp. 8 Albr. O. 6 c. + 12, Wlo = 6/18 hp. 8 Alb. 0.6 c+12. Źrenice czarne.

Następne dziecko przyniesiono mi w r. 1906 dnia 19. VI. Był to Bolesław, 5-miesięczny chłopczyk, zdrowo wyglądający. W miesiąc po urodzeniu spostrzeżono zmianę w źrenicach.

Teraz dowiedziałem się, że rodzice dobrze widzą. Z 7 rodzeństwa, pierwsze, dziewczę zmarło w 14. r. życia na suchoty, 2. i 3. zdrowe, 4. umarło na płonicę, 5. Maryan, o którym niżej, dotknięty zaćmą, 6. zdrowe, 7. Bolesław, u którego rozpoznano typową zaćmę warstwową (cat. zonularis) równą w obu oczach. Dna nie widać mimo atropinowania. D. 22 VI. zrobiono tylko na oku lewem rozcięcie przedniej torebki. Gdy w następnym roku 25. V. znowu mi dziecko przedstawiono, usunąłem na prawem oku cięciem linijnem i po wycięciu małego kawałka tęczówki, całą soczewkę, — a na lewem oku powstałą zaćmę sucho-torebkową (cataracta arido-siliquata) wydobyłem dnia 1. VI. szczypczykami z dobrym przebiegiem. W lipcu 1908 r. znalazłem prawe oko tego dziecka w dobrym stanie, u lewego źrenica wązka przesunęła się ku bliźnie operacyjnej i zasłonięta była błoneczką. Przez irydektomię stworzyłem dobre warunki patrzenia. W listopadzie 1909, a zatem w trzy lata po operacyi, stwierdziłem zez zbieżny i drżenie gałek (strabismus convergens alternans et nystagmus oscillatorius et rotatorius).

Maryan P., 6-letni chłopczyk, porówno z poprzedniem dzieckiem dnia 19. VI. 1906 przedstawiony, miał zaćmę warstwową (cataracta zonularis), a liczył obustronnie tylko palce na 4 metry. I tu z powodu szerokości warstwy zaćmionej kory nawet po rozszerzeniu atropiną źrenicy, dokładnie widzieć dna nie udało się. Równocześnie, jak u Bolesia, zrobiono i tu rozcięcie torebki lewego oka. Gdy w kilka dni później stwierdzono pęcznienie kory i wypadnięcie jąderka na spód przedniej komory, usunąłem cięciem prostem jąderko i korę.

25. V. następnego roku stwierdzono, że na prawem oku powstała bez zabiegu operacyjnego, zaćma suchotorebkowa z następowem dalszem obniżeniem bystrości wzroku — do tego stopnia, że na tem oku chłopcu już tylko pozostało poczucie światła. Lewe oko przedstawiało się dobrze, a W=5/30 hp. 11. W dwa lata później po zrobieniu rozcięcia zaćmy błoneczkowatej prawego oka, obustronnie W=6/15 Sn l. 5. Wziernikiem nie stwierdzono żadnych zmian, a co do drżenia oczu nie znajduję w zapiskach żadnej wzmianki.

Dnia 15. V. 1911 przedstawiła mi matka swe ósme, a czwarte wadą oczną dotknięte dziecko, 11-miesięcznego Leona, dobrze na ten wiek rozwinięte.

Zdziwiony powtarzaniem się tej wady ocznej u tylu dzieci, począłem znowu badać w rozmaitych kierunkach, przyczem dowiedziałem się, że matka dużo w czasie ciąży wymiotowała, połóg jednak ostatni, jak i poprzednie, był prawidłowy. Po urodzeniu dziecko miało mieć oczy zdrowe i prawidłowo wyglądające, a dopiero po trzech miesiącach spostrzeżono w źrenicach zmiany. Badanie wykazało wązkie źrenice, słabo, nawet po atropinie, rozszerzające się. W obu oczach jednak udało się całkiem dokładnie stwierdzić zaćmę warstwową z nasadkami. Zmętnienie soczewek nie dozwalało przy słabem rozszerzeniu źrenic rozpoznać szczegółów dna oka.

Poddałem matkę i dziecko próbie Wassermanna, która u obojga wypadła dodatnio.

Zabiegi operacyjne wykonano następujące: Najprzód na oku prawem samo rozcięcie torebki. W kilka miesięcy później usunąłem soczewkę lewego oka doraźnie, zrobiwszy cięcie proste, przy pomocy mego sposobu wypłukania kory, równocześnie zaś następową zaćmę torebkową prawego oka rozciąłem. W obu przypadkach zabiegi dały wynik dodatni. W czerwcu następnego roku stwierdziłem drżenie gałek (nystagmus oscillatorius) obu ócz.

Z powyższego zestawienia wynika, że 1. dziecko dotknięte zaćmą (umiera rzekomo na suchoty), 5. 7. 8. dotknięte tą samą wadą oczną bez jakiejkolwiek wiadomej przyczyny, a wreszcie badanie serologiczne daje u ostatniego dziecka i u matki wynik dodatni, i to bardzo wybitnie dodatni.

Czy wolno nam z tego wyciągnąć jakieś stanowcze wnioski? Sądzę, że nie mamy do tego dostatecznej podstawy, jakkolwiek nęcącą mogłaby być teorya. Braknie nam rozmaitych ścisłych dat. Najprzód brak pewności co do zakażenia, potem ciągłości trwania tego samego wpływu szkodliwego na nieprzerwany szereg płodów; brak nam najpewniejszego dowodu, tj. przerwy wpływu szkodliwego po przebytem swoistem leczeniu rodziców, a choćby wpływu na złagodzenie postaci zaburzenia ocznego. Nasuwałaby się może pod wpływem podejrzenia, że kiła przyrodzona wchodzi tu w grę, myśl, by u ostatniego dziecka starać się swoistem leczeniem zaćmę usunąć leczniczo, ale ujemny pod tym względem wynik nie byłby jeszcze dowodem przeciw takiemu związkowi wobec tylokrotnie stwierdzanego zjawiska, że raz powstałe silniejsze zmętnienie soczewki nie daje się usunąć innym sposobem, jak tylko drogą operacyjną.

W każdym jednak razie historya tych czterech przypadków zaćmy młodego wieku powinna sprawę związku zaćmy z kiłą poddać krytyczniejszemu osądzeniu; nadto budzi ona i pod innym względem nasze zajęcie. Przekonaliśmy się bowiem, że zaćma, stwierdzona jako warstwowa, przedstawia nam się po roku (jak w przypadku Maryana), jako zaćma suchotorebkowa po samowolnem wessaniu kory, albo jak w przypadku Bolesia po wykonaniu lekkiego rozcięcia przedniej torebki. Widzimy więc w tych przypadkach wielką skłonność do wstecznej przemiany i wessania włókienek soczewki, a dalej i niewątpliwą wrażliwość tęczówki do zapalenia, które występowało prawie we wszystkich oczach operowanych. Tak było nawet u Maryana w prawem oku, gdzie bez zabiegu powstała owa zaćma suchotorebkowa. Czyby to właśnie nie popierało teoryi związku z kiłą wrodzoną?

A teraz owo drżenie gałek, nie spostrzeżone u żadnego dziecka z tej rodziny w dniu zgłoszenia się do kliniki. Józefa i Maryan, operowani już jako starsze nieco dzieci, posiadające wzrok, pozwalający im się poruszać samodzielnie, Bolesław i Leon, dzieci, nie mające roku; zaćmy ich tak szerokie, że pewnie nie wiele im widzieć pozwalały, i oto drżenie występuje właśnie u nich po operacyach, które im przywracają wzrok w dość znacznym sto

pniu, a występuje nie zaraz, ale dopiero wtenczas, gdy dziecko już więcej poświęca uwagi światu otaczającemu. Ten objaw, na który dotychczas mało zwracano uwagi, tłómaczyćby można w sposób następujący: Skoro czynność siatkówki po operacyi zaćmy się rozpoczęła, ale z powodu wad refrakcyi w niedostateczny tylko sposób, czynność mięśniowa, idąca w parze z czynnością siatkówki, a służąca do regulowania czynności widzenia, musi również odbywać się niedostatecznie. Gdy ośrodki mózgowe ruchowe dla dowolnych i skojarzonych ruchów gałek doznają niedostatecznego pobudzenia z ośrodka wzrokowego, ruchy gałek muszą stać się nieregularne, niepewne, jakby błędne, szukające dla gałek najlepszego oparcia.

Już po napisaniu powyższych uwag, nawiązanych do niezwykłego spostrzeżenia, zasięgałem raz jeszcze informacyi piśmiennych u ojca dzieci i w tych dniach dowiedziałem się, iż Józefa i Bolesław zmarli, a także dwoje nie dotkniętych dzieci. Prócz wyliczonych powyżej 8 dzieci, więcej nie było. Do poronień matka się nie przyznawała. Dzieci zaćmą dotknięte nie miały mieć kurczów.

W generacyach poprzednich zaćmy nie stwierdzono, wiadomo zaś, że właśnie zaćma warstwowa nieraz w szeregu generacyi się pojawia. I tak w bieżącym roku podaje Hilbert z Sensburga spostrzeżenie własne (Münch. med. Wochenschrift Nr 23) wedle którego w czterech po sobie następujących generacyach stwierdził w liniach żeńskich po jednym przypadku zaćmy warstwowej, która i w późniejszym wieku się nie zmieniała, dopuszczając zawsze tę samą bystrość wzroku, tj. około 6/36. Sam również miałem sposobność widywać zaćmę warstwową u starszych osób które zapewniały, że nigdy i w młodości lepiej nie widziały. Wobec tego właśnie zamienianie się zaćmy warstwowej bez rękoczynu na zaćmę suchotorebkową, na co wyżej zwróciłem uwagę, ma niewątpliwie znaczenie etyologiczne.

O ile odczyn Wassermanna wpłynął na nasze zapatrywania w kierunku leczenia i rokowania w kile.

Podał

Eugeniusz Borzęcki.

Chociaż kiła jest chorobą częstą, w objawach klinicznych dobrze znaną, a każdy lekarz co do pewnej ilości chorych nią dotkniętych miał sposobność robić swoje spostrzeżenia pod względem leczenia i rokowania, to mimo to w obu tych kierunkach jest wiele zagadnień spornych, a zapatrywania wprost przeciwne. Bo rozpatrzmy n. p. tylko pobieżnie zapatrywania co do leczenia. Jedni za Fournierem i Neisserem, — to zwolennicy leczenia przewlekło-przerywanego, drudzy, to zwolennicy leczenia objawowego. Pierwsi, wychodząc z założenia, że choroba przewlekła wymaga, bez względu na brak objawów, leczenia prowadzonego długo z przerwami, stosują je przez lat kilka, drudzy leczą tylko wtedy, kiedy są objawy. I zdarzyć się może, że w danym przypadku, t. j. takim, gdzie przez lat szereg po zakażeniu u danego osobnika będą częste nawroty, zwolennicy tych dwóch obozów będą leczyć jednakowo, ale jakże odmiennie w takim przypadku, gdzie cały szereg objawów drugorzędnych kończy się z pierwszą wysypką, nie wspominając już o tych wyjątkowych, gdzie i tej nie było. W tej spornej sprawie odczyn Wassermanna wyświetlił wiele Statystyki, zestawione przez wielu autorów, zgodnie potwierdzają. że im leczenie było dłużej i energiczniej stosowane, tem odsetek odczynów dodatnich w okresach bezobjawowych wczesnym i późnym mniejszy. I tak odczyn dodatni był:

	dobrze leczeni	źle leczeni
Markus	13%	36%
Bering	17%	60%
Lesser	38%	55%

Bruck	w okresie wczesnym u	dobrze leczonych	18·7%
	» » »	źle »	50·0%
	w okresie późnym »	dobrze »	16·9%
	» » »	źle »	50%
Ledermann	w okresie wczesnym u	dobrze leczonych	78·8%
	» » »	źle »	88·6%
	w okresie późnym u	dobrze leczonych	41%
	» » »	źle »	66·6%

Jakkolwiek liczby te co do różnic są dosyć rozbieżne, to jednak przemawiają na korzyść leczenia energicznego, długo prowadzonego, a za takie trzeba uważać leczenie przewlekło-przerywane.

Drugą zasadniczą sprawą w leczeniu kiły jest pytanie, czy leczyć zaraz po stwierdzeniu zmiany ogólnej, czy czekać do wystąpienia zmian ogólnych? Metoda zresztą leczenia wczesnego miała i przedtem zwolenników, jak Lessera, Neissera, Grünfelda i t. d. Jak długo jednak o rozpoznaniu zmiany pierwotnej rozstrzygać musieliśmy tylko na podstawie objawów klinicznych, podmiotowo różnie ocenianych, mogły się zdarzać błędy i nasuwać wątpliwości.

Obecnie rozpoznanie zmiany pierwotnej przez stwierdzenie krętków bladych stało się łatwem i pewnem, a zwlekanie z leczeniem ogólnem aż do wystąpienia zmian ogólnych byłoby błędem. Z jednej bowiem strony szczepienia Neissera dowiodły, że już począwszy od 11. dnia po zaszczepieniu u małp kiły, a więc na długo jeszcze przed stwierdzeniem w miejscu szczepienia zmiany pierwotnej w znacznej części przypadków, przeszczepienie narządów z tych małp na zdrowe zwierzęta dawało wynik dodatni, jako dowód, że jad już uogólnił się w ustroju. O. W.[1]) stwierdza podobne zachowanie się jadu, bo mniej więcej bywa dodatni już w czwartym tygodniu po wystąpieniu zmiany pierwotnej — a więc średnio na 2 tygodnie przed ukazaniem się zmian ogólnych. W liczbie 21 przypadków zmiany pierwotnej, badanych przezemnie, w 15 był O. W. dodatni, w 6 ujemny. — Materyał chorych z oddziału tłómaczy ten wysoki odsetek O. W. +, bo zgłaszają się oni zazwyczaj w kilka tygodni dopiero po wystąpieniu zmiany pierwotnej.

Zbyteczna dodawać, że w razie znalezienia w podejrzanej zmianie krętków bladych, wyczekiwanie z leczeniem do chwili, kiedy O. W. będzie dodatni, byłoby błędem. O. W. być może wskazówką dla leczenia w przypadkach wątpliwych, w których u danego osobnika jakiś nieznaczny przeczos, powierzchowny ubytek uległ pokryciu naskórkiem, gruczoł jeden lub kilka gruczołów jest nieco powiększonych (może z innych przyczyn), a przyroda tej małej zmiany nie została wyjaśnioną. W podobnym przy-

[1]) Dla skrócenia »odczyn Wassermanna«.

padku O. W., wykonany w 4—5 tygodni po stwierdzeniu wspomnianej zmiany, może rozstrzygnąć o jej przyrodzie. Do tej samej kategoryi, a przypadki tu należące nie są rzadkością, zaliczyć trzeba wszystkie te, w których istnieje z jakichkolwiek powodów podejrzenie co do kiły, nie dającej się jednak stwierdzić klinicznie, w tych przypadkach O. W. jest wskazówką dla nas w rozpoznaniu, a temsamem i leczeniu.

Co do kiły drugorzędnej, to wartość O. W., jako wskazówki dla leczenia, rośnie w miarę czasu od zakażenia się danego osobnika. Bo nie biorąc w rachubę wyleczeń poronnych przy użyciu salwarsanu w odpowiedniej ilości, obok leczenia rtęcią (a piszący te słowa ma dane, by w nie wierzyć), to we wszystkich innych przypadkach kiły O. W. jako wskazówka dla leczenia w pierwszych mniej więcej trzech latach od zakażenia ma wartość tylko względną. Kto śledził zachowanie się i wahania O. W. w tym okresie kiły, to wie, jak one są znaczne i jeżeli energiczne leczenie w znacznym odsetku zmienia odczyn dodatni na ujemny, to zwykle tylko na pewien okres czasu. Neisser jest tego zdania, że w okresie wczesnym kiły nie należy zaprzestać leczenia ogólnego, chociażby O. W. utrzymywał się długi czas ujemny.

Na dowód, jak słuszne jest twierdzenie Neissera, przytoczę w krótkości moje spostrzeżenie:

W listopadzie 1911 r. stwierdzam u chorego N. N. zmianę pierwotną (krętki blade), trwającą dni 10, gruczoły prawie nie zajęte. W ciągu dni 10 zrobiłem 2 wlewania salwarsanu po 0·4. Zmiana pierwotna pokryła się naskórkiem. Chorego miałem w ścisłej obserwacyi, nigdy zmian ogólnych nie stwierdziłem.

W styczniu 1912 r. wykonałem O. W. z wynikiem ujemnym. W sierpniu 1912 O. W. słabo dodatni; zmian jakichkolwiek nie spostrzegłem do tej pory.

To dowodzi słuszności zapatrywania Neissera. Nie można jednak z pominięciem wartości klinicznego, dobrze znanego przebiegu kiły, wysunąć na czoło jako dyrektywy w leczeniu O. W. i w ocenieniu właśnie tej okoliczności leży powód, że wynik ujemny w okresie wczesnym kiły musimy przyjmować z pewnem zastrzeżeniem. Dlatego wykonywanie systematyczne O. W. w pierwszych 3—4 latach po zakażeniu, — pomijając wiele innych względów —, jako nieodzowna wskazówka dla leczenia wydaje się zbytecznem. Jest ono konieczne tylko w tych przypadkach, w których po stwierdzeniu zmiany pierwotnej bez zajęcia gruczołów, nie mówiąc już o zmianach ogólnych, po zastosowaniu leczenia salwarsanem i rtęcią, możemy przypuszczać, że udało się wyleczenie poronne kiły. W takich przypadkach — ogłosili je Fabry, Scholz, Duhot, Stern i wielu innych — w braku jakichkolwiek zmian ogólnych, tylko O. W., wykonywany co kilka miesięcy przez 2—3 lata, objaśnić może, czy udało się uchronić ustrój od wtargnięcia i rozmnożenia się w nim krętków Schaudinna. We wszystkich innych przypadkach uwzględniać powinniśmy przebieg kliniczny i według niego kierować nasze leczenie. Przed wprowadzeniem salwarsanu zwolennicy leczenia przewlekle-przerywanego czas ten oznaczali na 3—4 lat. O ile stosowanie salwarsanu potrafi skrócić ten okres, dziś jeszcze trudno odpowiedzieć. Że salwarsan jest środkiem bardzo energicznym w leczeniu kiły, nikt nie zaprzeczy. Jaki jednak będzie los tych, którzy nawet niejednokrotnie środkiem tym byli leczeni, czy uda się zmniejszyć odsetek wiądu rdzenia i porażenia postępowego, oto pytania, które się nasuwają, i dla tej właśnie niepewności o jutro naszych chorych lepiej w obecnej chwili leczyć kiłowych długo i energicznie, niż zdawać ich na los szczęścia.

O. W. nabiera właściwej wartości jako wskazówka dla leczenia u osobnika, który uległ zakażeniu przed 4—5 laty, był już to mniej, już to więcej systematycznie i energicznie leczony, od dłuższego zaś czasu nie było żadnych objawów. Dawniej, nim znaliśmy O. W., w podobnych przypadkach, zwłaszcza u osobników dobrze leczonych, przy braku objawów klinicznych od dłuższego czasu, uważaliśmy dalsze leczenie za zbyteczne. Obecnie wiemy, że O. W. w tym okresie kiły wczesnej bez objawów wypada mniej więcej w 60% dodatnio — i te przypadki wymagają leczenia — przynajmniej w chwili obecnej, kiedy O. W. uważany jest przez większość za wyraz obecności krętków w ustroju. Według zapatrywania tej większości leczenie jest konieczne, i to tak energiczne, by można O. W. dodatni zmienić na ujemny. Spostrzeżenia w tym kierunku pouczają, że w im późniejszym okresie od zakażenia O. W. jest dodatnim, tem trudniej zmienić go na ujemny, aż wreszcie stajemy na granicy wiądu rdzenia i porażenia postępowego, w których prawie nigdy tego się osiągnąć nie udaje.

Wreszcie nie można zapominać o usługach, jakie oddał O. W. co do oceny działania leczniczego rtęci w dawkach zazwyczaj stosowanych. Badanie krwi chorych leczonych dawkami, któreśmy uważali za duże, a więc np. 10 wstrzyknięć salicylanu rtęciowego po 0·10 lub 30—40 wcierań po 3·0 wykazuje, że one nie wystarczają, by odczyn dodatni zmienić na ujemny. Sam miałem sposobność w wielu przypadkach przekonać się o tem, i tak: u chorego po wlaniu 0·40 salwarsanu, 3 wstrzyknięciach salicylanu rtęci 0·10 i po 22 wcieraniach O. W. jeszcze słabo dodatni; u chorej po 50 wcieraniach po 3·0 O. W. dodatni. Zgodne w tym kierunku spostrzeżenia wielu autorów są wskazówką, że zwłaszcza przy pierwszych leczeniach musimy więcej stosować rtęć niż dawniej.

Zbierając w krótkości wpływ O. W. na leczenie, możemy powiedzieć, że:

1) O. W. ma pierwszorzędne znaczenie dla leczenia w tych przypadkach, w których po stwierdzeniu zmiany pierwotnej, przed wystąpieniem zmian ogólnych, przy odpowiednio przeprowadzonem leczeniu możemy sądzić, że udało nam się ustrój uchronić od szerzenia się w nim krętków Schaudinna.

2) W przypadkach kiły już uogólnionej w pierwszych 3 latach O. W. jako wskazówka dla leczenia ma wartość względną.

3) Nabiera jej po upływie 3—4 lat od zakażenia przy braku jakichkolwiek objawów klinicznych.

4) Wreszcie O. W. pouczył nas, że dawki przetworów rtęciowych, zazwyczaj stosowane, są za małe.

Przechodząc do rokowania, to stajemy przed pytaniem: Czy u danego osobnika możemy na podstawie przebiegu kiły w okresie wczesnym, z uwzględnieniem leczenia przeprowadzonego, warunków życia, pracy i t. d. uzasadnić

nasz sąd, że w szereg lat po zakażeniu wystąpią lub nie zmiany narządów ważnych, jak mózg, rdzeń, naczynia i t. d.? I powiedzmy, że odpowiedzi dla siebie lekarz pewnej nie znajdzie; dla chorego mieć ją musi, i zawsze pomyślną. Bo przecież byłoby rzeczą nieludzką, człowiekowi, który nabawił się kiły, nawet wspomnieć, że w przyszłości po latach może w następstwie kiły uledz chorobie nieuleczalnej. Obowiązkiem lekarza jest zrobić wszystko tak w kierunku leczenia, jak higieny chorego, by tym następstwom zapobiedz, ale przewinieniem będzie o możebności tych następstw wspominać. Zapewne trzeba się liczyć z psychologią chorego, a są między nimi lekkomyślni, którym zwrócenie uwagi w tym kierunku jest wskazane.

Czy nie ma jednak w poszczególnym przypadku jakichś danych, na których moglibyśmy oprzeć nasze rokowanie co do wspomnianych schorzeń? Zestawienia statystyczne z uwzględnieniem leczenia, robione przez Ehlersa, Jadassohna, a wykazujące mniejszy odsetek zmian późnych u leczonych energicznie i długo, inne, dochodzące na materyale ubezpieczonych na życie, o ile dotknięci kiłą krócej żyją i t d., robione przez Blaszko, Jakobsohna, Webera, mają tylko wartość względną i w danym przypadku nie wiele objaśnią. Nasuwa się pytanie, czy z przebiegu, postaci, częstości nawrotów i t. d. w okresie wczesnym, nie dadzą się wysnuć jakie wnioski co do dalszych losów chorego? Diday np. sądził, że długi okres wylęgania dla zmiany pierwotnej świadczy o mniejszej jadowitości zarazka, dalej uważano znaczne zajęcie gruczołów, obfite wysypki, częste nawroty również za korzystne i t. d.; wszystko spostrzeżenia, które mogły w danym przypadku okazać się trafne, nie mogą jednak być podstawą w rokowaniu. Większe znaczenie może należy przypisać w rokowaniu zajęciu w okresie wczesnym gałązek nerwów, z przemijającemi porażeniami (opadnięcie powieki, porażenia mięśnia gałki ocznej), zajęciom (przekrwieniom) opon mózgu z silnymi bólami głowy, jako zwiastunom, że tkanka mózgu może być w przyszłości miejscem mniejszej odporności (Lang, Jarisch, Finger). Niektórzy klinicyści sądzą, że usadowienie się zmiany pierwotnej na głowie, skutkiem tego, że dostanie się jadu drogą naczyń chłonnych jest łatwiejsze, również wpływa niekorzystnie na rokowanie.

Wszystkie te spostrzeżenia dowodzą, że starano się usilnie te wielkie braki w rokowaniu w miarę możności wypełnić. Nie bez znaczenia dla rokowania są: ogólny stan zdrowia, wiek, warunki bytu, rodzaj pracy, nadużywanie alkoholu i t. d.

Nasuwa się pytanie, czy jest jakaś granica, licząc od zakażenia, którą kiedy chory ma poza sobą, to z wielkiem prawdopodobieństwem nie grozi mu już wiąd rdzenia, porażenie postępowe? Gdybym miał na podstawie własnych spostrzeżeń wypowiedzieć moje zapatrywanie, to uważałbym za »czas krytyczny« okres między 10—15. rokiem po zakażeniu, co nie wyłącza, że tak wcześniej, jak i później, schorzenia te wystąpić mogą. Podobną granicę w czasie oznacza i Blaschko, Schultze. Że ważnym czynnikiem w rokowaniu jest przeprowadzone w okresie wczesnym leczenie, nie ulega wątpliwości. Liczne statystyki w tym kierunku stwierdzają zgodnie, że im leczenie energiczniejsze, tem odsetek schorzeń mózgowo-rdzeniowych mniejszy. I tak np. Lewinsky na 135 przypadków wiądu podaje, że w 90% nie było leczenia swoistego; Pinkus wśród prostytutek w Berlinie stwierdził 64% wiądu u leczonych tylko raz, 0% u leczonych kilkakrotnie.

W tym chaosie wątpliwości i pytań co do rokowania przybywa teraz O. W., o którym wiemy, że jest środkiem rozpoznawczym dla kiły; a skoro jest takim, to i nie bez znaczenia dla rokowania być musi. Wartości dla rokowania nabiera dopiero w 4—5 lat po zakażeniu, z tem nadmienieniem, iż u chorego od dłuższego czasu nie było stosowane leczenie swoiste.

Jeżeli u osobnika, który przebył kiłę przed laty (5—10) O. W. będzie ujemny, a chory przed wykonaniem O. W. na dłuższy czas przedtem leczony nie był, to mamy prawo rokować dobrze, naturalnie z uwzględnieniem badania klinicznego. Podstawy do leczenia u takiego osobnika niema, a jedynie wskazane będzie wykonanie O. W. znów po pewnym czasie. Wiemy jednak, że wahania wysokości u różnych autorów, odnośnie do zachowania się O. W. w kile późnej bez objawów, są dosyć duże. Bruck i Stern podają 50%, Citron i Blaschko 60%, Hoffmann i Blumenthal 38%, ja na 39 badanych przypadków kiły bez objawów późnej w 11 znalazłem O. W. dodatni, a w 28 ujemny. Badania wykazały, że O. W. dodatni w okresie późnym bardzo trudno nawet przez energiczne leczenie zmienić na ujemny, co więcej, w znacznej liczbie przypadków osiągnąć to się nie udaje, a dotyczące osobniki nie wykazują żadnych zmian kiłowych. Czy takie uporczywe i stałe utrzymywanie się dodatniego O. W. pociąga za sobą zawsze następstwa ciężkie kiły? Za krótki okres czasu, w którym śledzimy przebieg kiły tym odczynem, by mógł dziś o znaczeniu jego w tym kierunku sąd zapaść. Jednak na podstawie już dziś zebranych spostrzeżeń przypuszczać możemy, że tak nie jest. W każdym razie dodatni O. W. u osobnika choćby bez objawów klinicznych zawsze nakazuje pewną ostrożność w rokowaniu i nakłania do stosowania leczenia. O ile O. W. ujemny w okresie późnym kiły bez objawów uprawnia do rokowania pomyślnego, o tyle dodatni w obecnej chwili nie daje podstawy do rokowania złego, jakbądź jednak nakazuje pewną ostrożność w tym względzie.

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Z kazuistyki obrażeń zwłok ludzkich przez zwierzęta.

Podał

Leon Wachholz.

W marcu r. 1901 przysłano zakładowi zwłoki noworodka, córki Amelii i Ludwika R., wrzekomo nieżywo urodzonej, z poleceniem dokonania sekcyi policyjnosanitarnej.

Sekcya dała następujący wynik w (streszczeniu):

Zewnętrznie: Zwłoki dziecka płci żeńskiej, dobrze zbudowanego, 50 cm. długie. Stężenia pośmiertnego brak, całe powłoki skórne, zwłaszcza zaś w pachwinach mazidłem skórnem pokryte, naskórek złuszcza się płatami koło pa-

chwin, na bokach klatki piersiowej i na kończynach tak górnych jak dolnych, na stopach zaś jest pomarszczony, mlecznie zabarwiony, podobnie jak u praczek i daje się również łatwo złuszczyć płatami. Zwłoki okazują wszystkie cechy noworodka donoszonego. Od pępka zwisa pępowina 6 cm. długa, prawidłowo podwiązana, o końcu obwodowym świeżo i równo przeciętym. Na szczycie głowy w środkowej linii ciała mieści się smugowate otarcie naskórka, $3^1/_2$ cm. długie, 1 cm. szerokie, w głębi krwią nie podbiegnięte. Cała lewa połowa twarzy, dośrodkowa połowa policzka prawego oraz okolica nosa całego przedstawiają jeden rozległy ubytek, względnie jamę o powierzchni i brzegach nierównych, postrzępionych, nigdzie krwią nie podbiegniętych. Dno ubytku tego po lewej stronie stanowią próżny oczodół lewy i jama ustna, w której wskutek braku lewej połowy żuchwy widoczny jest od zewnątrz ubytkami pokryty i postrzępiony język. W otoczeniu tego ubytku okazują zachowane jeszcze powłoki skórne oraz powłoki skórne zewnętrznej powierzchni przedramienia i dolnej połowy ramienia prawego liczne, gęsto obok siebie ułożone, względem siebie równoległe, dokładnie rynienkowate, do 2 mm szerokie, częściowo już zaschnięte ubytki.

W e w n ę t r z n i e: Powłoki i kości czaszki, toż samo opony mózgu nie uszkodzone, mózg rozpływający się. W krtani i tchawicy, rozciętej »in situ« obfita ilość wód płodowych, jako takie stwierdzonych badaniem mikroskopowem. W klatce piersiowej i jamie brzusznej obfita ilość cieczy przesiękowej, zabarwionej rozpadłym barwikiem krwi. Płuca do kręgosłupa przyparte, z barwy i zbitości podobne do kawałka surowego mięsa, rzucone na wodę toną w całości i w częściach. Opłucna gładka z nielicznemi, częściowo już zatartemi wybroczynkami, płuca na rozkroju wszędzie bezpowietrzne, z drobnych oskrzelków dobywają się czopki wód płodowych. W worku osierdziowym obfita ciecz przesiękowa, serce wiotkie, próżne, o wsierdziu nasiąkniętem przez barwik krwi. Wątroba, śledziona i nerki rozmiękłe, o zatartej budowie, na przekroju brudno-czerwone, pęcherz moczowy próżny, moczowody drożne, części rodne bez zmian. Górna część przewodu pokarmowego rozmiękła, w żołądku, który wraz z jelitami rzucony na wodę tonie, nieco wód płodowych, jelita cienkie próżne, w grubych obfita, zielona smółka. Kości tułowia i kończyn nie uszkodzone.

O r z e c z e n i e: »Sekcyonowane dziecię było noworodkiem donoszonym, który urodził się nieżywy, albowiem, sądząc ze zmian maceracyi ciała, zmarł on w łonie matki na pewien, względnie dłuższy czas przed swem urodzeniem się. Przyczyną jego śmierci w łonie matki stało się uduszenie wskutek przedwczesnego oddychania w przestrzeni bezpowietrznej.

Obrażenia, znalezione na twarzy dziecka i kończynie górnej prawej, były pośmiertne, a jako takie nie były krwią podbiegnięte. Wejrzenie rynienkowate brzegów i dna tych obrażeń dowodzi, że pochodzą one od zębów jakiegoś zwierzęcia ssącego«.

Obrażoną głowę dziecka wraz z kończyną górną prawą przechowano jako preparat muzealny, a zarazem zarządzono dochodzenie, jakie to zwierzę mogło było ponagryzać zwłoki dziecięcia. Dochodzenia te wykazały, że zwłoki dziecka po ich urodzeniu się umieszczono w pustej izbie aż do chwili, gdy je odesłano do zakładu. Gdy je miano zabrać, zauważono, że od nich zerwał się był kot, nie będący własnością domu, który przez uchylone okno parterowego mieszkania (na Czarnej Wsi) dostał się był do izby, mieszczącej zwłoki. Ponieważ rynienkowate ubytki u brzegów i w dnie rozległych obrażeń były większe od tych, jakie się często spotyka w zwłokach noworodków, dobytych z kloak, a ogryzionych przez szczury, gdy również domownicy zaprzeczyli stanowczo, aby się szczury mogły były znaleść w izbie, nie mogło ulegać wątpliwości, że zbłąkany a na gorącym uczynku wprost schwytany kot był sprawcą obrażeń, zadanych po śmierci dziecku.

Oddawna wiadomo, że prócz owadów należą także zwierzęta ssące do rzędu nekrofagów. Z zwierząt ssących należą tu przedewszystkiem gryzonie, a z pośród nich najczęściej szczury. Poza gryzoniami, wiadomo, że w strefie gorącej hyeny i szakale żywią się martwemi ciałami zwierząt i ludzi. Kratter[1]) wymienia jako zwierzęta, które rzucają się na ludzkie zwłoki, szczury i świnie domowe, Strauch[2]) oprócz powyższych jeszcze dziki i psy. Przypadek ogryzienia zwłok własnej pani przez jej psa podaje Haberda[3]). Żaden z autorów prócz Kockela[4]) nie wspomina o kotach jako o nekrofagach, gdyż przypisanie im takiej właściwości nie liczy się z ich charakterem. Wiadomo przecie, że wszystkie koty żywią się z upodobaniem żywem względnie świeżem mięsem, a gardzą natomiast padliną. Kockel pisząc, że zwłoki ludzkie mogą się stać pastwą »przedewszystkiem lisów, psów i kotów«, nie podaje żadnego w tej mierze przykładu z własnego lub obcego doświadczenia, tak że twierdzenie jego wydaje się gołosło-

wnem. Powyższy mój przypadek twierdzenie jego co do kotów udowadnia, a przypadek ten tem więcej zasługuje na uwagę, że zwłoki dziecka, ogryzione przez kota, niewątpliwie zgłodniałego, nie były świeże, lecz, jak to z opisu sekcyjnego wynika, były zmacerowane. Tylko znaczny głód i brak innego pożywienia mógł był skłonić kota do uraczenia się taką strawą.

Literatura. 1) Lehrbuch der gericht. Medizin. Stuttgart 1912 str. 72. — 2) Die Fauna der Leichen. Vierteljschr. f. gerichtl. Med. 1912 T. 43 Str. 44. — 3) Schmidtmann. Handbuch d. gerichtl. Med. T. I. Berlin 1905 Str. 264. — 4) Tamże Str. 674.

Z Zakładu szczepień przeciwko wodowstrętowi w Krakowie.

Zmiana obecnie stosowanej metody leczniczo-ochronnej przeciwko wodowstrętowi.

Napisał

O. Bujwid.

Ćwierć wieku ubiegło od czasu wynalezienia metody leczniczo-ochronnych szczepień wodowstrętu u człowieka. Od czasu genialnego spostrzeżenia, które, nie dotykając istoty zarazka, pozwoliło na wynalezienie metody skutecznego przeciwdziałania chorobie, nie postąpiliśmy dotąd ani o krok dalej w kierunku poznania istoty zarazka, ani też co do zastosowania metody oraz jej udoskonaleń lub zmian w celu osiągnięcia większej skuteczności. Jeszcze Pasteur sam lub przy współudziale uczniów podał zmiany, które należałoby zastosować, ażeby zapewnić lepsze działanie metodzie. Do takich należy przedewszystkiem t. zw. metoda wzmocnionego szczepienia, oparta na zastosowaniu słabiej wysuszonego w nizkiej ciepłocie rdzenia króliczego [1]). Jak wiadomo bowiem, sposób pierwotny, podany przez Pasteura, zasadza się na otrzymaniu t. zw. »virus fixe«, który uzyskujemy przez szczepienie podoponowe cząstki rdzenia psa, padłego na wściekliznę; zarazek ten o okresie inkubacyjnym, średnio 17 dni wynoszącym, zowie się wścieklizną uliczną — »rage des rues«. Przez kolejne przeszczepianie z królika na królika uzyskujemy stopniowe skracanie się okresu wylęgania, który po kilkunastu lub kilkudziesięciu pokoleniach króliczych dochodzi do stałego okresu wylęgowego, skróconego do 8 dni. Jest to właśnie »virus fixe«. Rdzeń królika, po tym okresie padłego, wysuszony w ciągu 14 dni, stanowi pierwotną szczepionkę, która nie działa, będąc zaszczepioną królikowi podoponowo, a więc nie zawiera żywego zarazka, tylko jakieś jego resztki. Szczepiąc seryę od 14 dni suszonego rdzenia do 5 dni suszonego uzyskał Pasteur seryę szczepionek, którą stosował w początkach wynalezienia swojej metody. Później pokazało się, że zastosowanie rdzeni 14-dniowych jest zbyteczne, natomiast zachodzi potrzeba uzyskania rdzeni mniej silnie suszonych. W niektórych przypadkach zastosowano rdzeń zupełnie świeży [2]) z pomyślnym wynikiem. Högyes zastosował zamiast suszenia stopniowe rozcieńczanie zawiesiny z roztartego rdzenia od 1:10.000 do 1:100 i otrzymał te same wyniki, jakie otrzymano przy stosowaniu rdzeni suszonych. Niektórzy badacze starali się uzyskać wyniki lepsze, stosując jeszcze bardziej wzmocnioną metodę przez wstrzykiwanie bardzo wielkich ilości rdzenia w krótkich odstępach czasu [3]).

Później próbowano otrzymać surowicę ze zwierząt, uodpornionych wielkiemi ilościami zarazka [4]). Surowica taka, z którą i ja również robiłem próby w ciągu 2 lat, nie dała jednak lepszych wyników, głównie z powodu łatwo następującej nadwrażliwości osób, u których stale powtarzano dawki surowicy, jakkolwiek w niektórych przypadkach zdawało się, że wyniki są bardzo zachęcające.

Przy tych szczepieniach wszystkie zakłady, o ile wiadomo, używają wyłącznie zarazka, pochodzącego z pierwszych jeszcze doświadczeń Pasteura. Po 25 latach przeprowadzania z królika na królika pokolenia szczepienne doszły już do poważnej cyfry 1200 pokoleń szczepiennych.

Przez stopniowe przeszczepianie z królika na królika podoponowo, a więc przy bezpośredniem zetknięciu zarazka z rdzeniem króliczym, uzyskuje się przedewszystkiem przystosowanie zarazka do ustroju króliczego, a następnie do substancyi rdzeniowej [5]). Skutkiem tego zarazek przy zetknięciu się z tkankami innego ustroju, n. p. człowieka, nie wywołuje zakażenia, zostaje natomiast łatwo zniszczony przez naturalne niweczniki tkankowe i przy tem wywołuje powstawanie niweczników właściwych, które następnie rozchodząc się po ustroju, wywołują zniszczenie zarazka, przez ukąszenie ze śliną wprowadzonego, o ile nie dostał się on jeszcze do ośrodków mózgowych.

Czy jednak tak długo trwające przeszczepianie z królika na królika nie przetworzyło zupełnie natury zarazka i nie oddaliło zbytnio od pierwowzoru? Czy następnie stałe zetknięcie się z rdzeniem nie nadało mu własności zbyt daleko sięgających w kierunku cytolizy tkanki nerwowej? Są to pytania, które nasunęły mi się przy obserwacyi przebiegu szczepień w ciągu lat ostatnich i zniewoliły mnie do zwrócenia się na drogę, wskazaną przez takie rozumowanie.

Powody zmiany postępowania szczepiennego przytoczę poniżej.

Gdy w pierwszych latach po wprowadzeniu przezemnie metody Pasteura śmiertelność nie przenosiła 0,3—0,5%, zaczęła się ona stopniowo podnosić i w latach 1900 i 1902 wzmogła się tak znacznie, że prawie zacząłem wątpić w skuteczność metody. Zaczęliśmy wówczas stosować za radą Dra Nitscha szczepionki, składające się ze świeżego rdzenia mało rozcieńczonego. Przy tem stosowaniu zauważyliśmy jednak w niektórych przypadkach częstsze występowanie porażenia opuszkowego, które mogło było nasuwać obawy cytolitycznego działania świeżego rdzenia. Własności te mogły być tem wyraźniejsze, ile że ustrój nie był uprzednio przygotowany przez wprowadzenie substancyi rdzeniowej suchej, pochodzącej z silniej suszonych rdzeni. Zauważyliśmy przytem kilka przypadków o tak krótkim

---

1) Bujwid. Sur divers modes du traitement de la rage. Comptes rendus de l'acad. des sciences 1888, 19. XI.

2) Nitsch. Przegląd lekarski 1906, Nr 27—28.

3) Babes. Zeitschr. f. Hygiene 1908, T. 85.

4) Marcé. Etude experm. sur la rage. Paris 1909.

5) Nitsch. Rozpr. krakow. Akad. Umiej. 1904.

okresie wylęgowym, że zaniepokoiły one nas, gdyż można się było obawiać pewnego rodzaju zbiorowego działania (kumulacyi) zarazka.

Z tych to powodów zacząłem poszukiwać innego sposobu. Zdawało się, że mam zupełne prawo do powrotu na drogę, którą zaczął iść Pasteur w początkach swej pracy. Zacząłem przeprowadzać dwa własne pokolenia szczepienne z rdzeni psów, nadesłanych do badania i po otrzymaniu na królikach własnego zarazka o stałym okresie wylęgania, zastosowałem go w celach leczniczo ochronnych, poczynając od 8-dniowego, kończąc na 2-dniowym.

Od 1. listopada 1910 r. do obecnego czasu stosuję sposób szczepień tego rodzaju, że mam jedno pokolenie zarazka Pasteurowskiego, dwa zaś pokolenia własne. Serya szczepień, trwająca 10—16 dni zależnie od siły i miejsca pokąsania, zawiera w ten sposób kilkakrotną coraz bardziej zagęszczoną szczepionkę zarazka, zmodyfikowanego, ale z pokoleń mieszanych.

Wyniki stosowania tego sposobu są dotąd bardzo zachęcające i mam zamiar w dalszym ciągu zupełnie usunąć dawne pokolenie Pasteurowskie, a natomiast co rok lub dwa wprowadzać zmodyfikowane pokolenia nowe. Śmiertelność od czasu wprowadzenia tego sposobu spadła do cyfr, w ostatnich latach nie spotykanych, wynoszących zaledwo 0,2—0,3%, gdy poprzednio zaczęła dochodzić do 1·5%, a nawet wyżej.

Przytem w ostatnich czasach nie spostrzegamy już zupełnie objawów porażeń opuszkowych, które zaczynały być tak częste, że nasuwały poważne zarzuty przeciwko samej metodzie.

Zaznaczę, że nie jestem zwolennikiem odliczania ze statystyki przypadków śmierci, zachodzących zbyt prędko po ukończeniu leczenia i wliczam wszystkie zaszłe przypadki śmierci.

Przytaczam kolejno liczbę osób leczonych i przypadków śmierci w różnych latach od początku otwarcia Zakładu w Krakowie w roku 1893.

Z ośmiu ostatnich lat pomimo cyfry leczonych, wynoszącej od 800 do 900 osób, — tylko w dwóch ostatnich latach jest ilość przypadków śmierci bardzo znacznie obniżona w porównaniu z ubiegłemi latami. W roku 1908 pomimo stosowania metody wzmocnionej ze świeżym rdzeniem ilość nieudanych przypadków leczenia jest bardzo znaczna, podobnie jak i w r. 1907, gdzie leczono wstrzyknięciami mieszaniny rdzenia z surowicą przeciwwodowstrętową. Wyniki w obu tych latach nie zachęcają do stosowania tych modyfikacyi.

Rok	Leczono	z nich zmarło na wodostręt
1893	1	0
1894	38	0
1895	104	2
1896	146	0
1897	160	4
1898	288	3
1899	320	3
1900	404	5
1901	647	2
1902	516	8
1903	556	4
1904	537	5
1905	799	4
1906	746	8
1907	765	7
1908	867	13
1909	846	6
1910	780	7
1911	796 [1])	3
1912	930 [2])	2

[1]) (Liczba osób leczonych do 1. listopada).

[2]) Liczba osób leczonych tylko do 15 października 1912, gdyż 2 miesiące może trwać okres wylęgania.

Jedynie tedy modyfikacya, w ostatnich dwóch latach wprowadzona, zdaje się dawać lepsze wskazówki na przyszłość i tego też sposobu zamierzam nadal się trzymać przy stosowaniu metody Pasteurowskiej.

Napoleon I a wiedza lekarska.

Napisał

August Kwaśnicki.

Wszechstronność umysłu Napoleona I należy do rzeczy oddawna znanych, a godnych tem więcej podziwu, że wszechwiedza tego »nadczłowieka« nie była nabyta z książek, lub wyniesiona z uczelni, lecz stanowiła samodzielny wytwór rozważania i rozmyślania. Obok geniuszu wojennego, który mu zjednał nazwę »boga wojny«, był on samoistnym prawodawcą dla krajów, które zajmował; znał się na estetyce budowlanej (katedra medyolańska, kościół św. Anny w Wilnie); był pedagogiem i osobiście wypracował plan uniwersytetu odmiennego typu, po którym oczekiwał nieobliczalnych korzyści dla narodu francuskiego; był ekonomistą, doceniał znaczenie bogactw ziemi i z obozu pod Moskwą wydał rozkaz uporządkowania wonczas zaniedbanego zdrojowiska Vichy. Wiedza lekarska zaprzątała jego umysł: miał upodobanie w wywoływaniu dyskusyi na tematy lekarskie i zdumiewał oryginalnością zapytań i głębokością własnych poglądów. Dla medycyny klinicznej żywił więcej niż nieufność, bo zupełną niewiarę; leków nie zużywał, stosowanie ich uważał za szkodliwe. Zapatrywania te wyznał dosadnie już na wyspie św. Heleny w rozmowie z angielskim lekarzem Wardenem. Oto są według naocznego świadka jego słowa *): »Ciało nasze jest maszyną, obdarzoną swoistą energią, ażeby żyło: zostawmy zatem tę energię życiową, niech się sama w potrzebie broni podług własnych zasobów i prawideł, a zdziała ona więcej, niż leki, które tę siłę życiową nieraz paraliżują. Organizm jest rodzajem doskonałego zegara, nakręconego na pewien określony czas, lecz tego zegara, gdy się zepsuje, lekarz, tak jak zegarmistrz, nie może otworzyć, usiłuje więc go naprawić po ciemku i po omacku, a w tem tkwi niebezpieczeństwo zaszkodzenia«. Napoleon pozostawiał medycynie praktycznej mały zakres, obejmujący tylko choroby bezwzględnie już zbadane, a leki, których nieszkodliwość jest pewna, a skuteczność na podstawie doświadczenia stwierdzona; nosił się z myślą wydania ustawy, zarządzającej rozdział lekarzy na dwie kategorye, z których niższa nie miałaby nieograniczonego prawa stosowania leków nowych, zwłaszcza heroicznych, a nie objętych liczbą uznanych za nieszkodliwe i skuteczne; prawa jednak tego nie wydał, wyznając z żalem, że ludność dopatrzyłaby się w niem nie własnego bezpieczeństwa, lecz tyranii i ograniczenia wolności.

Napoleon I wyzywał często do dysputy swego i wielkiej armii naczelnego lekarza Corvisarta. Ten, przyparty py-

*) Memoires de Napoleon I par le Comte de Las Cases.

taniami cesarza, miał oświadczyć, że nietylko nie przywiązuje najmniejszej wagi do leczenia aptecznego, ale i nigdy go nie stosuje. Przechwalał się nieraz, że gdy cesarzowa Marya Ludwika uskarżała się nieraz na dotkliwe dolegliwości ciąży, podawał jej pigułki z chleba, dodając ironicznie, że skutek był zawsze cudowny. Raz Napoleon zadał Corvisartowi takie pytanie: »Czy wobec niepewności w nauce lekarskiej, a często niewiedzy ludzi, którzy ją praktycznie stosują, nie sądzisz doktorze, że nauka kliniczna więcej przynosi szkody, niż korzyści?» Na to pytanie dał Corvisart odpowiedź potakującą. »A ty doktorze, tylko wyznaj szczerze, czy lekami twoimi nigdy nikogo nie uśmierciłeś?« Corvisart i tym razem nie zaprzeczył cesarzowi, ale pośpiesznie dodał, że »przypadki takie nie więcej obciążają moje sumienie, niż Waszej Cesarskiej Mości, gdy wydasz rozkaz pułkowi kawaleryi do ataku, a ta w swym rozpędzie trafi na nieprzewidzianą przepaść, w której znajdzie śmierć«. Zajmowały Napoleona zagadnienia fizyologiczne: »Czem jest właściwie tak cudowny fenomen życiowy, jak sen?« Na własne pytanie dał taką odpowiedź: »Sen jest przemijającem zawieszeniem tych czynności ustroju zwierzęcego, nad któremi panuje nasza wola; śmierć zaś jest zawieszeniem trwałem nietylko czynności, zależnych od naszej woli, ale i tych, nad któremi wola nie posiada żadnej władzy«. Zastanawiał się nad umysłem obłąkanych i rozróżniał dwa stany: »Obłęd cichy (według mniemania Napoleona) polega na nielogicznem wnioskowaniu; np. obłąkany w cudzej winnicy spożywa winogrona, a na wyrzuty właściciela winnicy, odpowiada: jesteśmy tu, słońce patrzy na nas obu, więc i mnie przysługuje prawo spożycia winogron«. Obłęd zaś ostry powstaje tam, gdzie to »zboczenie wnioskowania zachodzi między myślami a czynami, np: Obłąkany odcina głowę osobie śpiącej, a sam chowa się za płot, ażeby ubawić się widokiem zakłopotania, gdy zamordowany obudzi się i poszukiwać będzie swojej głowy«. Zajmowała Napoleona medycyna kliniczna, pomimo, że żywił dla niej nieufność i Molierowską ironię: o zarazku moru sądził, że udziela się on tak przez powietrze, jak i przez dotykanie; utrzymywał przytem, że skłonność do zarażenia się wzrasta w prostym stosunku do lęku przed tą chorobą, której główną siedzibą jest wyobraźnia. »Przekonałem się w Egipcie«, powiadał Napoleon, »że ci, których wyobraźnia była opanowana obawą choroby, umierali; natomiast męstwo moralne zapobiega zarazie i leczy ją. Podczas epidemii w Jaffie sam wielokrotnie dotykałem zapowietrzonych, a wielu z nich uratowałem, wmawiając w żołnierzy, że zapadają nie na mór, lecz na gorączkę dymieniczą«. Jedną ze swych rozmów z Corvisartem o nauce lekarskiej zakończył Napoleon panegirykiem na cześć medycyny starożytnej. »W Babylonie wystawiano chorych przed domem, a rodzina, otaczająca łoże chorego, zatrzymywała przechodniów, pytając, czy spostrzegali podobną chorobę i jakich używali środków do ratowania cierpiących? Przynajmniej ta metoda, — powiadał Napoleon, — zapobiegała użyciu leków trujących«.

Z wykształcenia i z usposobienia Napoleon I był pozytywistą o technicznym, że się tak wyrazimy, kierunku myślenia. Od klinicznej czynności lekarza wymagał matematycznej ścisłości, zapominając, że działanie lekarza opiera się nie na matematyce, lecz na logice; zapoznawał również pierwiastek intuicyjny, będący przecież właściwością każdej sztuki. Zdaje się, że Corvisart za wiele potakiwał Napoleonowi, a jako wybitna powaga w ówczesnym świecie lekarskim, może nawet swym nihilizmem terapeutycznym utwierdzał Napoleona w przekonaniu o szkodliwości medycyny farmakodynamicznej. Zapewne sprzeciwianie się Napoleonowi i wogóle dyskusya z nim, nie musiały należeć do rzeczy łatwych, ale rozległy umysł Napoleona dałby się przecie przekonać, gdyby Corvisart mu wyłożył, że od czasów babylońskich medycyna uczyniła olbrzymi postęp, że duch ludzki nie wypoczywa, a idąc miarowym krokiem naprzód, doskonaląc się, doprowadzi w przyszłości do takiego rozwoju, że lekarz nie będzie działać »po ciemku«.

Sto lat ubiegło od czasu pobytu Napoleona w Polsce i bezprzykładnej katastrofy wielkiej armii: Piśmiennictwo całego świata wskrzesza w tę setną rocznicę dzieje wielkiego wodza i analizuje jego niepospolity, a tak wszechstronny umysł; to nam dało pochop do przypomnienia jego zapatrywań na naukę lekarską. Oczywiście, nikt nie oczekuje od wielkiego samouka ścisłości naukowej, ani też nie będzie zestawiać tych zapatrywań ze stanem obecnym wiedzy lekarskiej: lecz w perspektywie wstecznej dają i one obraz umysłu niepospolitego, oryginalnego i na wskroś samodzielnego.

Osoba Corvisarta została wciągnięta do naszych uwag, jako zbliżona do Napoleona. Musimy jeszcze podnieść jedną okoliczność, która ma związek z epoką napoleońską, a jednocześnie z chirurgią obecną. Gdy armia francuska zabierała się do marszu powrotnego z Egiptu do Europy, służba sanitarna oświadczyła władzy, że nie posiada zupełnie materyału opatrunkowego, którego na miejscu nie można nabyć. Okoliczność ta nie wpłynęła na zmianę wydanego zarządzenia i szpitale miały w oznaczonym czasie znaleść się na okrętach. Położenie było bez wyjścia: Corvisart rozkazał opatrzyć rany pakułami, zmaczanemi w smole. Przypuszczano oczywiście, że nim chorzy przybędą na żaglowcach do Europy, rany ich ulegną przeważnie zgorzeli. Rzeczywistość zadała kłam tej obawie: ku ogólnemu zdumieniu rany po powrocie do Europy okazały się czyste, pokryte zdrową ziarniną z oznakami zasklepiania się. Corvisart znalazł się wobec faktu wielkiej doniosłości, który należało zbadać, dociekając, czy pakuły, będące brutalną watą, czy też składniki smoły (krezol, kreozot) wpłynęły lecząco na rany? Na te pytania Corvisart nie dał odpowiedzi; może trudy długotrwałej wojny ówczesnej, a może jego nihilizm terapeutyczny, będący bezwzględną negacyą badania klinicznego, przeszkodziły mu. Skuteczność opatrunku z pakuł i smoły znalazła po 50 latach teoretyczne wyjaśnienie w pracowni Pasteura, a zastosowanie praktyczne w opatrunku watowym Guérina i antyseptycznem leczeniu ran Taylora.

Zjazd higienistów polskich we Lwowie.

I. Zjazd higienistów polskich odbędzie się we Lwowie od 20 do 24 lipca 1913 r. Urządzeniem Zjazdu zajmuje się Komitet gospodarczy, którego skład jest następujący: prof. Panek, przewodniczący; Dr Kalikst Krzyżanowski i Dr Legeżyński, zastępcy przewodniczącego; Dr Kaczorowski, sekretarz generalny; Dr Opieński, skarbnik. Członkowie Komitetu gospodarczego: protomedyk Dr Lachowicz, Dr Bernadzikowski, doc. Biegeleisen, prof. Grabowski, prof. Kucera, prof. Wiczkowski, prof. Bądzyński, prof. Popielski, prof. Raczyński, doc. Piasecki, Dr Wyrzykowski, Bett

Emil Müller, Józef Starzewski, Kasparek, Kuhn, prof. Łukasiewicz, Dr Mikołajski, W. Włodzimirski.

Zjazd, który obejmować będzie wszystkie zagadnienia zdrowotne doby współczesnej, dzieli się na następujące sekcye: 1. Mikrobiologia i choroby zakaźne. 2. Walka z gruźlicą. 3. *a)* Higiena fizyologii i żywienia, *b)* Walka z alkoholem i używkami. 4. Higiena wieku dziecięcego i młodzieży: *a)* Higiena dziecka przedszkolnego, *b)* higiena szkolna, *c)* wychowanie fizyczne. 5. Higiena miast. 6. Higiena ludu i wsi. 7. Higiena zawodowa i opieka nad klasami pracującemi (robotniczo-przemysłowa). 8. Opieka nad chorymi: *a)* Szpitalnictwo, *b)* Ratownictwo i pielęgniarstwo. 9. Higiena zdrojowisk i uzdrowisk. 10. Higiena wojskowa. 11. Statystyka sanitarna i demografia.

Zjazd łączy zagadnienia zdrowotne dotyczące wszystkich ziem polskich. W tym celu zorganizowane zostały komitety zamiejscowe: w Krakowie, Warszawie i Poznaniu. Posiedzenia zjazdowe będą dwojakiego rodzaju: plenarne i sekcyjne. Na posiedzeniach plenarnych omawiane będą sprawy ogólne, na sekcyjnych zaś fachowe.

Według regulaminu zjazdu Komitet gospodarczy przyjmuje członków i uczestników Zjazdu. Członkiem zjazdu może być każda osoba zajmująca się higieną czy to pod względem naukowym, czy też praktycznym. Osoby należące do rodziny członka, jakoteż uczniowie wyższych zakładów naukowych, mogą brać udział w zjeździe jako uczestnicy.

Bliższe szczegóły jak regulamin zjazdu, ozganizacya sekcyi i porządek zjazdu rozesłane będą równocześnie do wszystkich Towarzystw higienicznych i lekarskich, jakoteż do ich organów. Wszelkich wyjaśnień udziela sekretarz zjazdu Dr Bronisław Kaczorowski, Lwów, Chorążczyzna l. 22.

Osoby, pragnące wygłosić odczyty w sekcyach, zechcą zgłosić je do sekretarza zjazdu lub do gospodarzy lub sekretarzy poszczególnych sekcyi najpóźniej do 15 maja 1913 r. i załączyć krótką treść odczytu (około 50 wierszy druku), aby mogła być umieszczoną w książce służącej do użytku zjazdu.

Szczegóły dotyczące programu zjazdu, ulg, pomieszczenia członków przyjezdnych, przyjęć i wycieczek, poda Wydział gospodarczy w odpowiednim czasie, a to najpóźniej do 15 czerwca 1913 r.

Dr Bronisław Kaczorowski
sekretarz Zjazdu.

Prof. Dr Kazimierz Panek
przewodniczący Zjazdu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LII. Kraków, dnia 11. stycznia 1913. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jagiell. Dyrektor: Prof. K. Klecki.

O powstawaniu, przebiegu i dziedziczności padaczki świnek morskich, spowodowanej uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

(Część trzecia badań doświadczalnych, dotyczących dziedziczności cech nabytych).

Napisali

Adolf Maciesza i Adam Wrzosek.

W pierwszej pracy naszej doświadczalnej nad dziedzicznością cech nabytych streściliśmy i poddaliśmy rozbiorowi wyniki badań Brown-Séquarda, z których wysnuł on wniosek, że rozmaite zaburzenia, sztucznie u świnek morskich wywołane, mogą przechodzić dziedzicznie na ich potomstwo [1]). W rozprawie tej poświęciliśmy także kilka uwag pracom uczonych, którzy zajmowali się sprawdzaniem wyników badań Brown-Séquarda. Aby zatem nie powtarzać rzeczy, któreśmy już dawniej obszernie wyłuszczyli, zamkniemy w kilku zdaniach wstęp do pracy niniejszej, poczem przystąpimy zaraz do przedstawienia wyników naszych eksperymentów i spostrzeżeń, tyczących się zarówno powstawania padaczki u świnek morskich po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, jak i dziedziczności tego stanu chorobnego.

Spostrzeżenia Brown-Séquarda, które niepospolity ten badacz przytaczał na dowód, że padaczka świnek morskich, powstająca po uszkodzeniu nerwu kulszowego lub rdzenia kręgowego, może przechodzić dziedzicznie na potomstwo tych zwierząt, obudziły żywe zainteresowanie nie tylko we Francyi, Anglii i Niemczech, ale poniekąd odbiły się echem także u nas, o czem świadczy artykuł w tej sprawie, wydrukowany przed kilkudziesięciu laty w »Gazecie lekarskiej« [2]). Spostrzeżenia Brown-Séquarda, o których mowa, potwierdzili do pewnego stopnia Dupuy i Romanes. Zdawaćby się mogło, że skoro tej miary badacze, co Brown-Séquard i Romanes, podają pewne spostrzeżenie jako fakt, zbyteczną jest rzeczą niedowierzać ich twierdzeniom i zajmować się sprawdzaniem ich badań. Czytając atoli prace rzeczonych badaczy, nasunęły się nam pewne wątpliwości, azali wnioski, jakie wysnuli oni ze swoich badań, mogą się całkowicie ostać w nauce. Co się tyczy w szczególności padaczki świnek morskich, pojawiającej się w następstwie uszkodzenia rdzenia kręgowego, to Brown-Séquard utrzymuje, że choroba wymieniona zostaje przekazywana potomstwu dziedzicznie nie bardzo często. Dupuy wyraża się w tej sprawie oględniej, nadmieniając jedynie, że świnka morska, u której powstała padaczka po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, może przekazać ten stan chorobny swemu potomstwu. Romanes wreszcie podaje, że padaczka zdarza się rzadko wśród potomstwa świnek morskich padaczkowych. Żaden z wymienionych badaczów nie podaje ani liczby zwierząt, na których robił eksperymenty, ani liczby potomstwa świnek morskich padaczkowych. Nie wiemy przeto, czy Brown-Séquard, Dupuy i Romanes robili swoje spostrzeżenia na dużym materyale, czy też jeno na małym, nie wyłączającym przypadkowego zbiegu okoliczności, a zatem nie uprawniającym bynajmniej do wyciągania daleko sięgających wniosków. Zważywszy to, żadną miarą nie możemy uważać za pewnik naukowy twierdzenia Brown-Séquarda, iż padaczka, spowodowana u świnek morskich uszkodzeniem rdzenia kręgowego, zostaje przekazywana dziedzicznie potomstwu tych zwierząt. Skoro zaś twierdzenia tego nie można uważać w świetle dotychczasowych badań za rzecz dowiedzioną, należało je sprawdzić doświadczalnie.

W celu wywołania u świnek morskich padaczki uszkadzaliśmy im rdzeń kręgowy w sposób następujący. Po głębokiem uśpieniu zwierzęcia mieszaniną narkotyczną, składającą się z równych części alkoholu absolutnego, eteru i chloroformu, przystępowaliśmy do szerokiego otwarcia kanału kręgowego w okolicy ostatnich kręgów grzbietowych. Niektóre zwierzęta znieczulaliśmy nadto morfiną, wstrzykiwaną podskórnie w ilości 0·001 gr. na 100 gr. wagi zwierzęcia. Po odpreparowaniu mięśni i otwarciu kleszczami Müllera kanału kręgowego przecinaliśmy połowicznie poprzecznie rdzeń w okolicy ostatnich kręgów grzbietowych, posługując się nożykiem lub rozpalonym drucikiem platynowym. W kilku przypadkach rdzenia nie przecinaliśmy, a jedynie przekłuwaliśmy go z jednej strony grubą igłą. W czasie otwierania kanału kręgowego wlewaliśmy kro-

[1]) Adam Wrzosek i Adolf Maciesza. W sprawie dziedziczności padaczki świnek morskich, wywołanej przez uszkodzenie nerwu kulszowego. Nowiny lekarskie 1910.

[2]) Antoni Srokowski. O dziedziczności epilepsyi (padaczki) i niektórych zboczeń układu nerwowego sztuką wywołanych. Gazeta lekarska 1876, Nr 3. Nie jest to właściwie praca oryginalna, lecz sprawozdanie z badań Brown-Séquarda.

plami do rany operacyjnej mieszaninę adrenaliny z kokainą (adrenaliny — 0·01. kokainy — 0·2, NaCl — 0.85, H_2O — 100.0), aby wywołać także znieczulenie miejscowe, tudzież wpływać cokolwiek na zmniejszenie krwotoku. Po uszkodzeniu, w warunkach aseptycznych, rdzenia zaszywaliśmy dokładnie mięśnie i skórę. Zwierzęta operowane obserwowaliśmy przez cały czas ich życia, badając je zwykle codziennie lub co kilka dni, aby się przekonać, czy można wywołać u nich tak zwane napady padaczkowe niezupełne lub zupełne.

Ogółem uszkodziliśmy rdzeń kręgowy u 75 świnek morskich. Część ich, zresztą niewielka, rychło po operacyi padła. Z pośród zaś zwierząt, które przez dość długi czas po operacyi żyły, u jednych nie można było wywołać żadnych napadów, u drugich tylko niezupełne, a u trzecich także zupełne. Liczba zwierząt, u których można było wywołać napady zupełne, wynosi 37. Objawy padaczkowe, spowodowane uszkodzeniem rdzenia kręgowego i sposób ich wywoływania były takie same, jak u świnek morskich padaczkowych po przecięciu nerwu kulszowego. Rzeczy tę opisaliśmy szczegółowo w pierwszej naszej pracy, poświęconej badaniu dziedziczności cech nabytych.

W wynikach naszych eksperymentów podnieść należy, że nie u wszystkich zwierząt, którym uszkodziliśmy byli rdzeń kręgowy, można było wywołać napady padaczkowe. Nie da się wytłumaczyć tej okoliczności tylko zbyt małem uszkodzeniem rdzenia, bo brak objawów stanu padaczkowego mogliśmy stwierdzić nie tylko u takich zwierząt, którym uszkadzaliśmy rdzeń, wkłuwając weń igłę, lecz i u takich, którym przecinaliśmy rdzeń połowicznie poprzecznie po szerokiem otwarciu kanału kręgowego, a więc u świnek morskich, którym z całą pewnością uszkodziliśmy byli rdzeń w znacznym stopniu. Na dowód tego przytaczamy kilka sprawozdań z naszych eksperymentów.

I. Samcowi, ważącemu 500 gr., przecięliśmy rdzeń połowicznie poprzecznie po stronie prawej. Po upływie 11 dni można było po raz pierwszy wywołać napad niezupełny, lecz napadu zupełnego nie udało się ani razu wywołać, choć obserwowaliśmy zwierzę w ciągu przeszło pół roku i często próbowaliśmy wywoływać napady. Gdy upłynęło od pierwszej operacyi blizko 7 miesięcy, przecięliśmy powtórnie rdzeń poprzecznie po stronie prawej. Po pierwszej operacyi nastąpił niedowład obu tylnych kończyn, po drugiej bezwład prawej i niedowład lewej. Mimo powtórnej operacyi nie można było wywołać napadów zupełnych.

II. Samcowi, ważącemu 480 gr., przecięliśmy rdzeń poprzecznie z prawej strony. Po operacyi nie można było wywołać żadnego napadu. Po upływie 53 dni przecięliśmy powtórnie rdzeń po stronie prawej. Po upływie dalszych 43 dni, w których nie można było wywołać żadnego napadu, przecięliśmy po raz trzeci rdzeń po stronie prawej. Tym razem udało się wywołać napad niezupełny, ale dopiero w 147 dni po trzeciej operacyi. W kilkanaście dni po pierwszym napadzie niezupełnym zwierzę padło. Napadu zupełnego nie udało się wywołać ani razu.

III. Samcowi, ważącemu 430 gr., przecięliśmy rdzeń po stronie prawej. Po upływie 42 dni, w ciągu których nie udało się wywołać żadnego napadu, przecięliśmy powtórnie rdzeń po stronie prawej. Po tem powtórnem uszkodzeniu rdzenia nie można było wywołać napadu zupełnego, a tylko niezupełne. W 7 miesięcy po powtórnej operacyi uszkodziliśmy rdzeń po raz trzeci, przepaliwszy go drucikiem połowicznie po stronie lewej. W 10 dni potem zwierzę padło. W tym czasie żadnego napadu wywołać nie można było.

Z powyższych eksperymentów wynika, że nawet znaczne uszkodzenie rdzenia w okolicy ostatnich kręgów grzbietowych nie zawsze wywołuje u świnek morskich padaczkę, lubo u niektórych zwierząt wystarczy przekłuć rdzeń grubą igłą, aby w następstwie tego powstał u nich stan padaczkowy.

Igłą uszkodziliśmy rdzeń kręgowy u kilku świnek morskich. U dwóch samców można było potem wywołać napady zupełne. U jednej z tych świnek morskich, ważącej gdy była operowana 525 gr., udało się wywołać pierwszy napad niezupełny na 38. dzień po uszkodzeniu rdzenia, a pierwszy zupełny na 114. dzień. U zwierzęcia tego można było wywoływać napady zupełne przez rok cały, aż do jego śmierci. U drugiej świnki morskiej, ważącej w chwili operacyi 430 gr., pierwszy napad niezupełny dało się wywołać na 26. dzień po przekłuciu rdzenia igłą, a pierwszy napad zupełny dopiero na 192. dzień. Atoli okres, w którym można było wywoływać napady zupełne, trwał zaledwie kilkanaście dni, poczem można było wywoływać znów jedynie napady niezupełne. W rok po pierwszem uszkodzeniu rdzenia otworzyliśmy u tego zwierzęcia powtórnie kanał kręgowy i przecięliśmy nożem rdzeń połowicznie po stronie lewej, gdy pierwszym razem przekłuliśmy igłą rdzeń po stronie prawej. Po tym powtórnym zabiegu nie udało się ani razu wywołać napadu zupełnego, mimo iż zwierzę było potem obserwowane i badane w ciągu 8 miesięcy, aż do śmierci.

Przemijanie stanu padaczkowego, zwłaszcza najwyższego stopnia jego natężenia, charakteryzującego się napadami zupełnymi, nie należy bynajmniej do rzadkości u świnek morskich, u których napady zupełne zostały wywołane uszkodzeniem nerwu kulszowego, natomiast należy do wyjątków u świnek morskich padaczkowych wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego. Z pośród tego rodzaju zwierząt przemijanie okresu napadów zupełnych zauważyliśmy tylko u dwóch: u jednego, o którem wyżej była wzmianka, i u drugiego, któremu przecięliśmy połowicznie rdzeń kręgowy po stronie lewej. U zwierzęcia tego pierwszy napad zupełny wywołaliśmy na 42. dzień po przecięciu rdzenia. Okres, w którym można było takie napady wywoływać, trwał 3 miesiące, poczem w ciągu dalszych trzech miesięcy można było wywoływać tylko napady niezupełne. Po upływie pół roku od pierwszej operacyi przecięliśmy rdzeń powtórnie, tym razem po stronie prawej. W 23 dni po powtórnem uszkodzeniu rdzenia można było wywołać napad zupełny; poczem napady takie można było wywoływać w ciągu miesiąca. Dalsza obserwacya została przerwana z powodu śmierci zwierzęcia.

Zwracając uwagę na stan zwierzęcia zaraz po uszkodzeniu rdzenia kręgowego i zaszyciu rany, zauważyliśmy u dwóch występowanie napadów zupełnych tuż po operacyi. Napady zupełne, występujące samoistnie bezpośrednio po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, należą do zjawisk, o ile nam wiadomo, dotychczas zupełnie nieopisanych; dlatego podajemy streszczenie ze sprawozdań tych dwóch eksperymentów, w których rzeczone zjawisko spostrzegliśmy.

I. Samcowi, urodzonemu 8. I. 1911, wyłuszczyliśmy 15. III. 1911 wewnętrzny palec prawej tylnej kończyny w celu wywołania stanu padaczkowego; atoli po tym zabiegu nie udało się wywołać żadnego napadu. D. 22. XI. 1911 po ogólnem znieczuleniu zwierzęcia, najpierw 1% rozczynem morfiny, pod skórę wstrzykniętym, potem mieszaniną alkoholu absolutnego, chloroformu i eteru, podawaną do wdychania, otworzyliśmy kanał kręgowy, wpuszczając po kropli do rany operacyjnej mieszaninę kokainy z adrenaliną. Po przepaleniu rdzenia połowicznie z prawej strony, zaszyliśmy ranę i świnkę morską położyliśmy na

ziemi. W kilka lub kilkanaście minut potem zauważyliśmy u niej kilka napadów zupełnych, występujących jeden zaraz po drugim, mimo, iż zwierzęcia leżącego na ziemi nikt nie dotykał. W następnych dniach nie można było wywołać żadnego napadu. Pierwszy napad niezupełny wywołaliśmy 27. XI. 1911, napadu natomiast zupełnego nie udało nam się ani razu wywołać. Zwierzę padło 9. I. 1912 r.

II. Śwince morskiej samicy, ważącej 670 gr., przecięliśmy nożem rdzeń połowicznie po stronie prawej. Zwierzę przed operacyą i w czasie operacyi znieczulaliśmy w taki sam zupełnie sposób, jak poprzednie, a więc morfiną, dalej mieszaniną alkoholu absolutnego, chloroformu i eteru, i wreszcie miejscowo kokainą z adrenaliną. Gdy w godzinę po operacyi wzięto zwierzę za kark i postawiono je na ziemi, dostało ono zupełnego napadu padaczkowego (ogólne drgawki, przewrócenie się zwierzęcia na grzbiet, szerokie otwarcie pyska). W następnych dniach nie udało się wywołać żadnego napadu. Pierwszy napad niezupełny wywołaliśmy na 6. dzień po uszkodzeniu rdzenia, a pierwszy zupełny na 60. dzień.

Trudno przypuścić, że w opisanych dwóch eksperymentach, uszkodzenie rdzenia kręgowego było czynnikiem, wywołującym zupełne napady padaczkowe zaraz po operacyi. Należy raczej mniemać, że jeśli nie wyłączną, to w każdym razie główną rolę odegrał tutaj sposób znieczulania zwierząt. Przypuszczenie to wypowiadamy z następujących względów: po pierwsze, gdyby występowanie samoistnych napadów zupełnych zaraz po operacyi zależało istotnie od uszkodzenia rdzenia kręgowego, a nie od działania środków narkotycznych, to powinnyby one występować i po przejściu działania tych środków, a więc i w dniach następnych po operacyi, tymczasem u obu wspomnianych zwierząt ani na drugi dzień, ani rychło potem nie można było wywołać napadów zupełnych; po wtóre, występowanie napadów padaczkowych zupełnych zaraz po operacyi zauważyliśmy u dwóch zwierząt z pośród tych tylko, któreśmy znieczulali i morfiną, i mieszaniną alkoholu absolutnego z chloroformem, tudzież eterem, i mieszaniną kokainy z adrenaliną, natomiast nie zauważyliśmy zaraz po operacyi występowania napadów zupełnych ani u jednej z pośród 108 świnek morskich, którym uszkodziliśmy nerw kulszowy, nie uśpiwszy ich poprzednio mieszaniną alkoholu absolutnego, chloroformu i eteru, a tylko znieczuliwszy miejsce operacyjne mieszaniną kokainy z adrenaliną; po trzecie, z badań Grahama Browna (o ile sądzić o nich możemy ze sprawozdań, bo oryginał pracy Browna nie był nam dostępny) wiadomo, że w czasie znieczulania świnek morskich eterem występują u nich często skurcze mięśni takie, jakie charakteryzują tak zwane napady padaczkowe niezupełne [3]). Być może, że do wystąpienia napadów zupełnych w naszych eksperymentach przyczyniło się usypianie zwierząt nie samym eterem, lecz kilku środkami narkotycznemi jednocześnie. Jest to zresztą przypuszczenie tylko, które należy sprawdzić doświadczalnie, czem właśnie mamy się zamiar zająć wkrótce.

Co się tyczy czasu, w którym po raz pierwszy można było wywołać napady zupełne u świnek morskich po połowicznem przecięciu im rdzenia nożem lub rozpalonym drucikiem platynowym, to wahał się on w szerokich granicach, jak to z podanych tablic wynika. Po takiem uszkodzeniu rdzenia kręgowego najwcześniej można było wywołać napady zupełne na 11. dzień po operacyi, a zatem później, aniżeli po uszkodzeniu n. kulszowego, gdyż po takim zabiegu mogliśmy nieraz wywoływać napady zupełne już na 5. dzień.

W tablicy I. uwzględniliśmy tylko te zwierzęta, które po operacyi systematycznie były badane. Jak z liczb, podanych w tej tablicy wynika, ścisłego związku między datą wywołania pierwszego napadu niezupełnego, a pierwszego zupełnego, niema. U samic można było wcześniej wywołać pierwszy napad zupełny, aniżeli u samców. U pierwszych można go było wywołać średnio na 31. dzień po operacyi, u drugich dopiero na 55. dzień. Zgadza się to z naszemi spostrzeżeniami, zrobionemi na świnkach morskich, u których wywoływaliśmy padaczkę, uszkadzając nerw kulszowy; i u tych zwierząt napady zupełne można było przeciętnie wcześniej wywołać u samic, aniżeli u samców.

TABLICA I.

Data wystąpienia napadów po przecięciu rdzenia kręgowego połowicznie poprzecznie u świnek morskich, pochodzących od rodziców zdrowych.

Numer zwierzęcia	Płeć	Waga w czasie operacyi	Sposób uszkodzenia rdzenia	Dzień po operacyi, w którym można było wywołać pierwszy napad	
				niezupełny	zupełny
285	♂	280	nożem	—	11
XXXIII	♀	370	»	9	21
CDXXV	♂	370	drucikiem rozpalonym	4	17
249	♂	375	nożem	7	58
245	♂	385	»	7	63
CCLVII	♀	450	drucikiem rozpalonym	14	40
19	♀	460	nożem	16	17
242	♂	470	»	—	28
324	♀	470	drucikiem rozpalonym	21	40
32	♀	476	nożem	—	26
18	♀	480	»	15	46
CCXXIX	♂	480	drucikiem rozpalonym	9	14
373	♂	520	nożem	17	128
295	♀	550	»	21	28
372	♂	560	»	60	97
280	♀	570	»	11	29
371	♂	610	»	20	105
364	♀	670	»	6	26
371 a.	♂	730	»	22	29

W tablicy II. umieściliśmy zwierzęta, które pochodzą od jednego lub obojga rodziców padaczkowych bądź to wskutek uszkodzenia nerwu kulszowego, albo rdzenia kręgowego, bądź to wskutek wyłuszczenia palców tylnej kończyny, bądź wreszcie wskutek amputacyi jednej z tylnych kończyn. U samic, podanych w tej tablicy, można było wywołać napad zupełny średnio na 19. dzień po przecięciu połowicznem rdzenia kręgowego, a u samców na 34. dzień.

[3]) T. Graham Brown. Studies in the reflexes of the guinea-pig. (II). Scratching movements which occur during ether-anaesthesia. Quarterly Journ. of exper. physiol. III, 1, p. 21. Sprawozdanie w Physiolog. Zentralbl. 1910, Nr 14 i w Journ. de Physiol. et Pathol. génér. T. XII, 1910, p. 1008.

TABLICA II.

Data wystąpienia napadów po przecięciu połowicznem poprzecznem rdzenia kręgowego u świnek morskich, pochodzących od rodziców padaczkowych.

Numer zwierzęcia	Płeć	Waga w czasie operacyi	Sposób uszkodzenia rdzenia	Które z rodziców było padaczkowe?	Na który dzień po operacyi można było wywołać pierwszy napad? niezupełny	zupełny
CDLXX	♂	320	drucikiem rozpal.	ojciec	10	55
XXXVII	♂	350	nożem		11	21
XXXVI	♂	350	drucikiem rozpal.	»	19	21
XXXVIII	♀	360	»	»	9	12
XX	♀	370	»	»	7	17
CDLXV	♀	380	»	»	3	20
CCCLXXIV	♂	420	»	»	10	39
XXIII	♀	440	»	ojciec i matka	9	26

Przechodzimy teraz do uwag nad potomstwem świnek morskich padaczkowych wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego. Liczba tego potomstwa wynosi 47. Z tej liczby 8 zwierząt padło w ciągu pierwszych dziesięciu dni życia; dwa z nich nie były ani razu badane (te więc w rachubę wchodzić nie mogą), reszta zaś tylko raz lub kilka razy. U żadnego z nich nie można było wywołać ani zupełnego, ani niezupełnego napadu. Z pośród świnek morskich, pochodzących od rodziców padaczkowych, 39 było systematycznie badanych po urodzeniu w ciągu dłuższego czasu, wynoszącego od dni 10 do blizko 2 lat: 31 pochodziło od ojców padaczkowych po uszkodzeniu rdzenia kręgowego i od matek zdrowych, 4 od matek padaczkowych wskutek uszkodzenia rdzenia i od ojców zdrowych, wreszcie 4 od matek padaczkowych wskutek uszkodzenia rdzenia i od ojców padaczkowych po uszkodzeniu nerwu kulszowego.

TABLICA III.

Data wywołania pierwszego napadu niezupełnego u potomstwa świnek morskich padaczkowych wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego.

	Na który dzień po urodzeniu się zwierzęcia można było wywołać pierwszy napad niezupełny?	Ile dni trwał okres, w którym można było wywoływać napady niezupełne?	Uwagi
1	5	23	
2	3	25	
3	7	9	padła na 16. dzień po urodzeniu
4	8	10	
5	3	13	padła na 16. dzień po urodzeniu
6	10	15	
7	12	17	
8	6	2	
9	10	9	padła na 25. dzień po urodzeniu
10	7	7	padła na 14. dzień po urodzeniu
11	6	20	

U żadnej z tych świnek morskich nie mogliśmy wywołać ani razu napadu zupełnego, a tylko u 11 napady niezupełne: u 9, mających ojców padaczkowych, a matki zdrowe, i u 2, pochodzących od matek padaczkowych, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, i od ojców padaczkowych wskutek uszkodzenia nerwu kulszowego. U zwierząt tych, u których można było w pewien czas po urodzeniu wywołać pierwszy napad niezupełny, potem po upływie kilku, kilkunastu lub kilkudziesięciu dni nie udawało się już wywoływać żadnych napadów (tablica III).

Wszystkie nasze spostrzeżenia, które zrobiliśmy od roku 1907, dotyczą dość dużego materyału, składającego się bowiem z 78 świnek morskich, którym uszkodziliśmy rdzeń kręgowy, i z 45 świnek morskich, pochodzących albo od jednego z rodziców padaczkowych, wskutek zranienia rdzenia kręgowego, albo od obydwu rodziców padaczkowych, z których u jednego rozwinął się stan padaczkowy po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, a u drugiego po przecięciu nerwu kulszowego. Owóż, streszczając wyniki naszych eksperymentów i obserwacyi, możemy je ująć w następujące wnioski:

1) Nie u wszystkich świnek morskich udaje się, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego w okolicy ostatnich kręgów grzbietowych, wywołać tak zwane napady zupełne padaczkowe, nawet jeżeli uszkadzać rdzeń niejednokrotnie.

2) U świnek morskich, u których można było w pewien czas po zranieniu rdzenia kręgowego wywoływać napady zupełne, napady te z reguły można było wywoływać aż do końca życia zwierzęcia; zdarzają się atoli wyjątki z tego prawidła, jak świadczą o tem dwa wyżej przytoczone spostrzeżenia nasze, odnoszące się do świnek morskich, u których można było po uszkodzeniu rdzenia kręgowego wywoływać napady zupełne, lecz tylko przez pewien okres czasu, po którego upływie nie udawało się już wywoływać tych napadów.

3) U świnek morskich, u których rozwinął się stan padaczkowy, w następstwie przekłucia rdzenia kręgowego igłą, pierwsze napady zupełne można było wywołać później, aniżeli u zwierząt, którym przecięliśmy rdzeń poprzecznie połowicznie.

4) Stan padaczkowy z napadami zupełnymi, wywołany uszkodzeniem rdzenia kręgowego, występuje wcześniej u samic, aniżeli u samców.

5) Występowanie na kończynach tylnych niektórych zwierząt, którym uszkodzono rdzeń, takich zaburzeń, jakie są zwykle następstwem przecięcia nerwu kulszowego [4]), a więc owrzodzeń i zgorzeli połączonej z odpadaniem palców, nie stoi w ścisłym związku z pojawieniem się stanu padaczkowego, albowiem napady zupełne można było wywoływać i u takich zwierząt, które miały wspomniane zmiany na kończynach tylnych po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, i u takich, które żadnych zmian nie miały.

6) Napady padaczkowe zupełne, występujące samoistnie u niektórych świnek morskich niemal zaraz po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, zostają zapewne wywołane nie

[4]) Adam Wrzosek i Adolf Maciesza. Eksperymenty i spostrzeżenia, dowodzące, że zniekształcenie kończyn tylnych, wywołane u świnek morskich i myszy białych uszkodzeniem nerwu kulszowego, nie przechodzą dziedzicznie na potomstwo. Przegląd lekarski, 1911, Nr 18.

zranieniem rdzenia, lecz środkami nasennymi, użytymi do znieczulania zwierząt przed operacyą i w czasie jej.

7) U świnek morskich, pochodzących od jednego lub obu rodziców padaczkowych, można było wywołać pierwszy napad zupełny po uszkodzeniu rdzenia kręgowego wcześniej, aniżeli u potomstwa zwierząt zdrowych.

8) Wbrew wynikom badań Brown-Séquarda nie udało nam się wywołać napadów zupełnych u żadnej świnki morskiej, pochodzącej od jednego albo od obu rodziców padaczkowych. Mogliśmy natomiast u części potomstwa takich zwierząt wywołać napady niezupełne. Ponieważ takie napady udawało nam się wywoływać u nie mniejszej części potomstwa świnek morskich zdrowych, przeto zjawiska tego nie można poczytywać za dowód dziedziczności cechy nabytej.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Prymaryusz Radca Dr A. Krokiewicz).

O rzekomo mocznicowej postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, oraz o t. zw. meningizmie.

napisał

Dr Maryan Godlewski.

Ze stanowiska dyagnostyki zasługują na szczególną uwagę t. zw. atypowe przebiegi chorób, a to ze względu na powstające w takich razach wielkie nieraz trudności rozpoznawcze.

Dany przypadek może w różny sposób odstąpić od normy książkowej, staje się przez to mniej, lub więcej atypowym. Całokształt objawów danej choroby może być niejednokrotnie niezupełny; brak jednego lub nawet kilku objawów, dla danej choroby znamiennych, lub odwrotnie mogą się pojawiać pewne objawy, zwykle w danej chorobie niespotykane, przez co kliniczna fizyonomia danego przypadku pewnej choroby może nieraz bardzo się zmieniać. Może dalej i tak się wydarzyć, że w przebiegu pewnej choroby wyjątkowo występujące powikłanie maskuje zasadniczą sprawę, gdyż wszystkie lub prawie wszystkie objawy, spotykane u chorego, tłomaczone być mogą tem właśnie powikłaniem, lub tegoż powikłania skutkami, a tym sposobem łatwo wydarzyć się może zupełne przeoczenie cierpienia głównego, w którego przebiegu rozwinęło się owo powikłanie.

Taka możliwość zajmuje nas właśnie, gdy rozpatrujemy te postacie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, które wyjątkowo wikłają się ostrem zapaleniem nerek. Przy niedopatrzeniu bowiem jednych objawów, a błędnej interpretacyi drugich, łatwo przeoczyć zupełnie zapalenie opon mózgowych, skłaniając się do rozpoznania jedynie mocznicy, wywołanej przez ostre zapalenie nerek.

Ostre zmiany zapalne nerek w przebiegu ropnego zapalenia opon mózgu mało zwracały na siebie uwagi klinicystów. Autorowie obszernych nawet podręczników patologii szczegółowej, godząc się bez wyjątku na wielką rzadkość tego powikłania[1]), zadowalniają się zwykle w tym względzie lakoniczną wzmianką, lub nawet ograniczają się do pojęcia białkomoczu, nie wdając się w jego patogenezę[2]). A jednak nie sama rzadkość tej sprawy upoważnia do zwrócenia na nią powszechnej uwagi.

Powikłanie to ma pewne znaczenie tak pod względem praktycznym, jak i teoretycznym. Pod względem praktycznym, gdyż przeoczenie jego może się stać źródłem błędu rozpoznawczego, pod względem teoretycznym, gdyż nieuwzględnienie tego powikłania pociągnęło konsekwentnie za sobą niezawsze słuszny pogląd na patogenezę białkomoczu w przebiegu zapalenia opon mózgu. Upatrywanie innego sposobu tłomaczenia białkomoczu w tej chorobie, jak w innych chorobach zakaźnych, stało się źródłem dwu różnych hypotez. Jedna przyjmuje zależność białkomoczu od czynności zmienionego ośrodkowego układu nerwowego, druga idzie tak daleko, że nie waha się zmian zapalnych w oponach odnieść do mocznicy. Wynika stąd, że zwolennicy tej drugiej, zgoła nieprawdopodobnej hypotezy, uważają wprawdzie białkomocz za wynik istotnego zapalenia nerek, biorą je jednak nie za powikłanie zapalenia opon, jak to z naszych spostrzeżeń wynika, lecz odwrotnie sądzą, że sprawa mózgowa jest wywołana przez mocznicę, będącą zejściem zapalenia nerek, stąd mówią niektórzy autorowie francuscy o »meningite urémique«.

Zaczynam od pierwszego przypuszczenia.

Leube[3]), zwracając uwagę na rzadkość zakaźnego zapalenia nerek w przebiegu zapalenia opon, tłomaczy to sobie swoiście miejscowem raczej, niż ogólnem działaniem swoistej toksyny; podnosi, że białkomocz nawet w cięższych przypadkach tej choroby jest zjawiskiem przejściowem, którego natężenie w danym przypadku idzie w parze z ciężkością objawów nerwowych. Podobne przypuszczenie wypowiada i Schultze[4]), opierając się na uogólnieniu spostrzeżenia Leubego, a Rosenstein skłania się do tego, by odnieść białkomocz do zaburzeń w krążeniu, wywołanych przez porażenie nerwów naczyniowych. Kierunek ten, reprezentowany przeważnie przez autorów niemieckich, odbił się też i na naszej literaturze lekarskiej: »Z 11 badanych moczów« — pisze Gluziński[5]) — »w 5 wykazano większy lub mniejszy ślad białka, który częścią odnosimy do zmian, jakie gorączka w nerkach wywołuje, częścią idąc za Rosensteinem, do zaburzeń w krążeniu, wywoływanych przez porażenie nerwów naczynioruchowych, bo nie mając innych danych pod ręką, trudno mówić w tych przypadkach o infekcyjnem zapaleniu nerek sui generis, jakie w ostatnich

---

[1]) I tak Eschbaum: Unsere Beobachtungen bei Meningitis cerebro-spin. epidemica (Münch med. Woch. 1910 Nr 33) zaznacza wyraźnie, że zapalenia nerek nie widział ani razu w ciągu całej epidemii; niestety nie podaje liczby spostrzeganych przez siebie przypadków.

[2]) E. Korczyński (Gazeta lek. 1882) mówi tylko, że białko spotyka się w miernych ilościach, zaś Klarner: Epidemia zapal. opon mózgordz. w Opolu lubelskim (Kronika lek. 1893) Nr 3) nie mówi nic o składnikach moczu, zadowalniając się tylko tem, czy chory mocz oddaje pod siebie czy nie, skutkiem czego statystyka jego (20 przypadków) w tej mierze odpada w zupełności.

[3]) Leube: Diagnose der in. Krank. VI Auflage.

[4]) Prof. Friedrich Schultze: Die Krankheiten der Hirnhäute, w Patologii zbiorowej Nothnagla.

[5]) A. Gluziński: Zapalenie opon mózgowych i rdzenia pacierzowego nagminne (Sprawozdanie z przypadków w szpitalu św. Łazarza od r. 1876—1880) Przegląd lek. 1881.

czasach w błonicy i meningitis cerebro-spinalis opisali Bouchard i Gaucher«. Do podobnych wyników dochodzi i L. Korczyński [6]). »Pojawieniu się białka« — mówi on — »towarzyszyć może nawet obecność wałeczków szklistych lub ziarnistych, nabłonków z kanalików nerkowych i ciałek wypocinowych, a więc pozorne objawy zapalenia nerek. Zmiany te jednak wyjątkowo tylko utrzymują się stale; zwykle są one przejściowe i znikają z chwilą wolnienia objawów zakażenia. Pojmować je też należy, jako następstwo przemijającego podrażnienia nerek prawdopodobnie produktami życiowymi swoistych drobnoustrojów, od których zawisło zapalenie opon«.

Nie trudno zauważyć, że wszystkim tym, pokrewnym zresztą poglądom wspólna jest dążność pomijania ostrego zapalenia nerek w tłomaczeniu białkomoczu w przebiegu zapalenia opon, mimo że przez analogię z innemi chorobami zakaźnemi związek taki zdaje się nasuwać sam przez się. Mimo jednak przekonania, wynikającego z naszych spostrzeżeń, że w tym względzie w przebiegu zapalenia opon istnieje zupełna z innemi chorobami zakaźnemi analogia, uważamy tendencyę odmienną w tym kierunku za naturalną i psychologicznie zrozumiałą. Nie można bowiem zapominać, że dane etyologiczne, dotyczące zapalenia opon, opierając się na wynikach badań bakteryologicznych, są w porównaniu ze zdobyczami kliniki, jeszcze świeżej daty.

Związek przyczynowy między swoistem zakażeniem, a wywołaną przez nie zapalną zmianą opon, tajemnicze niewątpliwie do dziś dnia jeszcze dane epidemiologiczne, — mam tu na myśli hypotezę Jehlego, starającą się wytłomaczyć szerzenie się zapalenia opon w sąsiedztwie kopalni węglowych, — a przedewszystkiem nie tak znowu wyjątkowa obecność meningokoków we krwi chorych (Martini, Rode, Salomon), słowem to, co uprzystępnia zrozumienie powstawania na tle czysto toksycznem zmian zapalnych w narządach odległych, to wszystko jest zdobyczą najnowszych czasów.

Tymczasem zdawna już uderzał klinicystów ścisły związek między klinicznym, a anatomopatologicznym obrazem tej choroby. Ból i zawrót głowy, wymioty, sztywność karku, porażenia w zakresie nerwów czaszkowych, nieprawidłowości z zakresu sfery ruchu, czucia i sfery naczynioruchowej, to wszystko objawy, które łatwo objaśnić zmianą zapalną mózgowia i wynikłem stąd podniesieniem śródmózgowego ciśnienia; nic więc dziwnego, że próbowano taksamo objaśniać i białkomocz.

W takiem oświetleniu tego zagadnienia staje się zrozumiała skłonność odnoszenia białkomoczu w przebiegu zapalenia opon nie do zapalenia nerek, ale do zmian w układzie nerwowym ośrodkowym, zrozumiale i uzasadnione na swój czas jest i stanowisko Rosensteina [7]), którego przypuszczenie tłomaczenia białkomoczu objawami poraźnymi układu naczynio-ruchowego podziela i Gluziński, a L. Korczyński idzie tak daleko, że nawet tam, gdzie prócz białka stwierdzono wałeczki, mówi o objawach pozornego tylko zapalenia nerek.

Inaczej znowu zapatrują się na omawianą przez nas sprawę autorowie francuscy, jak V. Hutinel, Roger Voisin, Chauffard, A. Vincent [8]). Uważają oni w takich razach zapalenie mózgu za skutek, wywołany przez mocznicę i mówią skutkiem tego o »meningite urémique«. Nie ulega jednak wątpliwości, że cała sprawa polega na błędzie w tłomaczeniu białkomoczu; w istocie szło tu o ostry stan zapalny nerek, wikłający przebieg zapalenia opon; przemawia za tem zupełnie niedwuznacznie fakt, że autorowie w płynie mózgowordzeniowym stwierdzali drobnoustroje (pneumokoki). Wszakże mocznica jest stanem, polegającym na samozatruciu, a nie na zakażeniu. Tłomaczenie zaś, że zwiększona w przebiegu mocznicy w płynie mózgowo-rdzeniowym ilość mocznika ułatwiła rozwój drobnoustrojów, zdaje się być przypuszczeniem nietylko sztucznem i dowolnem, ale w dodatku właściwie niczego nie dowodzi. Gdyby nawet bowiem tak było, to nie wynika stąd zupełnie, żeby zapalenie opon mózgowych z wyhodowanymi z płynu mózgowo-rdzeniowego drobnoustrojami nie stało w związku przyczynowym.

Udziału przyczynowego mocznicy w powstawaniu zapalenia opon mózgowych stara się też dowieść Lepine [9]) na zasadzie trzech własnych spostrzeżeń. Wywody jednak tego autora nie są przekonujące. Z trzech przypadków przewlekłego zapalenia nerek, zmarłych w czasie napadu mocznicy, stwierdzono w dwóch przekrwienie opon, a w jednym ich zgrubienie. Sam autor stwierdza brak gruzełków i objawów wysiękowych na oponach, wobec czego zużytkonanie tych przypadków na dowód zależności zapalenia opon od mocznicy (co autor uważa za analogiczne z powstawaniem zapalenia osierdzia w przebiegu mocznicy) nie wytrzymuje krytyki już chociażby dlatego, że właściwie w żadnym z tych trzech przypadków istotnego ostrego zapalenia opon mózgowych nie stwierdzono.

Oto są w najkrótszym zarysie najważniejsze teorye, dotyczące patogenezy białkomoczu w przebiegu zapalenia opon mózgowych. Nie twierdzimy bynajmniej, aby w każdym przypadku tej choroby powód białkomoczu był koniecznie jeden i ten sam; w każdym razie sądzimy, że, pominąwszy wyjątkowe przypadki, nie ma żadnego powodu, aby dopatrywać się w patogenezie białkomoczu w przebiegu zapalenia opon mózgowych różnic zasadniczych z innemi chorobami zakaźnemi. Mówiąc o przypadkach wyjątkowych, mamy na myśli przypadki takie, jak opisany przez Leubego, gdzie wahania w pojawianiu się i znikaniu białka szły zupełnie równolegle z pojawianiem się i znikaniem objawów nerwowych. Sądzimy też, że tłomaczenie białkomoczu wpływami układu nerwowego ośrodkowego jest co najwyżej tylko w takich przypadkach uzasadnione.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[6]) L. Korczyński: O nagminnem zapaleniu opon mózgordz. (Pam. Warsz. Tow. lek. 1896).

[7]) Berl. kl. Woch. 1872 Nr 29.

[8]) Maladies des meninges, tom: XXXV par Hutinel, Klippel, Claude, Roger Voisin, Levy-Valensi.

[9]) Lépine: Existetil une méningite urémique? La semaine medicale 1907 Nr 31.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Heinz. **Guzy krwawnicze i ich operacyjne leczenie.** (Tow. lek. wojsk. Wiedeń. 1912 III). Przy guzach pojedynczych zaleca autor wycinanie, bo przez to osiąga

się rychlejsze zgojenie (guzów nie powinno być jednak więcej, niż dwa). Wypalanie stosuje H. przy guzkach wielkości fasoli, gdyż przy większych narażamy chorego na duże powierzchnie ranne, długie gojenie się, względnie następowe zwężenia. Natomiast przy guzach licznych dużych, zewnętrznych i wewnętrznych, wykonywać należy typową operacyę Whiteheada, jednakże przy niej należy szyć skrupulatnie i usuwać błonę śluzową na równej wysokości (dla uniknięcia następowego wypadania błony śluzowej po stronie niżej wyciętej). K.

Pettenkofer. **W sprawie leczenia pooperacyjnego porażenia względnie niedowładu jelit.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 45). Już przed trzema laty zachęcał P. do stosowania przy porażeniu jelit elektrycznych lawatyw, zalecanych przez francuskich autorów. Obecnie na mocy dalszego doświadczenia zaleca to postępowanie jeszcze goręcej. Używa się przytem grubego cewnika żołądkowego z otworami bocznymi, w którego środku znajduje się przetyczka z metalowej sprężyny spiralnej. Cewnik wprowadza się ile możności głęboko, potem wpuszcza się wodę, a na brzuch przykłada się kolistą elektrodę i puszcza prąd (do 50 miliamperów i z powrotem). Po 5—10 minutach zjawiają się zwykle pierwsze kurczenia się jelit, odchodzenie wiatrów, uczucie potrzeby na stolec; stolec zjawia się w 2 do 3 godzin. W razie potrzeby łączy P. ten zabieg ze wstrzykiwaniem fizostygminy. Oczywiście nie nadają się do tego leczenia wszystkie niedrożności, wywołane przeszkodami mechanicznemi. A.

Falk. **Doświadczalny przyczynek do leczenia gruźlicy otrzewnej promieniami Roentgena.** (84. Zjazd lekarzy i przyr. niem. Münster IX. 1912). Z doświadczeń na zwierzętach wysnuwa F. wniosek, że leczenie gruźlicy otrzewnej daje znakomite i trwałe wyniki, jeżeli stosujemy naświetlanie przy operacyach, ale wtedy, gdy gruźlica ogranicza się tylko do otrzewnej ew. sieci, a nie zajmuje innych trzew brzusznych. Naświetlać można otrzewnę nawet silnemi dawkami bez obawy. A.

Rehn. **W sprawie kazuistyki plastyki zapomocą rogu.** (Tow. lek. Jena VII. 1912). R. zachwala gorąco podawany przez siebie swego czasu róg, jako znakomity materyał do plastycznych operacyi kostnych. Róg daje się dobrze formować, jest na gorąco podatny, można go dobrze wyjaławiać, a w tkankach ulega wessaniu. Nadaje się też bardzo dobrze do spajania kości w postaci gwoździ, klamer, a także do łatania ubytków zwłaszcza czaszki. R. przedstawia 4 odpowiednich chorych, u których użyto rogu przy operacyach kostnych ze skutkiem. K.

Marbaix. **Czynnościowe leczenie złamań i zwichnięć.** (Międzynar. Zjazd lek. dla ubezp. od wypadków, Düsseldorf). W leczeniu złamań i zwichnięć osiągaliśmy dotąd złe wyniki czynnościowe, a to przez niepotrzebnie długie unieruchomienie uszkodzonych kończyn. Bardzo często, zwłaszcza tam, gdzie niema przy złamaniu przesunięcia ani skłonności do niego, wogóle leczenie ustalające (zwłaszcza u ludzi pracujących fizycznie) jest poprostu błędem. Tak np. częste bardzo t. zw. typowe złamania kości promieniowej dają się zupełnie dobrze leczyć bez ustalenia, zwłaszcza dłuższego (8—10 dni wystarcza). Podobnie po zwichnięciach ramienia zupełnie niepotrzebnem, a nawet wprost szkodliwem jest ustalanie barku. Tu odrazu trzeba zacząć energiczne ruchy i wtedy rokowanie będzie w 97·9% pomyślne. Taksamo rzecz ma się z innemi zwichnięciami. Złamania uda leczyć należy tylko wyciągiem, i to w szpitalach. O ile możności należy unikać łączenia operacyjnego kości, bo daje ono (z wyjątkiem kilku rzadkich rodzajów złamań, gdzie jest bezwzględnie wskazane) wyniki znacznie gorsze tak co do czasu gojenia się, jak pewnego i silnego zrostu kości. A.

Graessner. **Rentgenologiczne wykazanie uszkodzeń kręgosłupa.** (Med. Klinik. 1912 Nr 42). Uszkodzenia kręgosłupa dają często tak małe początkowo objawy, że nieraz uważaćby można podobnych chorych za symulantów, a dopiero badanie rentgenowskie wyjaśnia sprawę. Badanie to nie należy jednak do łatwych i nieraz potrzeba wykonać kilka, a nawet kilkanaście różnych zdjęć. W części szyjnej wystarczają z reguły zdjęcia w osi czołowej i strzałkowej, w piersiowej stosować należy zdjęcie brzuszno-grzbietowe. Nieraz znów próbować trzeba zdjęcia skośnego, zwłaszcza, o ile chodzi o łuki kręgów i wyrostki stawowe. Zdjęcia kręgów lędźwiowych wykonywa się po wypróżnieniu jelit, podobnie jak zdjęcia narządów brzusznych. Zwykle są potrzebne cztery zdjęcia, by się upewnić w rozpoznaniu uszkodzeń kręgosłupa. Rentgenogram powinien być jednak bardzo ostry i dokładny. Bada się obraz następująco: Przedewszystkiem bada się kręgi po kolei co do wielkości, szerokości i kształtu odstępów międzykręgowych, dalej systematycznie bada się wszystkie wyrostki, liczy żebra i ich odstępy i t. d. Pamiętać należy o tem, że piąty krąg lędźwiowy daje zwykle obraz bardzo słaby i wydaje się niższym od innych, względnie stoi skośnie, co pochodzi z odrębnego położenia tego kręgu względem wzgórka krzyżowego (promontorium). Prócz tego pamiętać należy o wrodzonych skrzywieniach kręgosłupa, nadliczbowych kręgach i t. p. Złamania wyrostków ościstych uwidoczniają się najlepiej na płycie przy zdjęciach profilowych. Osobne złamania wyrostków poprzecznych spotyka się prawie wyłącznie na kręgach lędźwiowych. Uszkodzenia wyrostków stawowych trudno nieraz rozpoznać, a powstać one mogą bez wielkich urazów, nawet przy dźwiganiu ciężarów.

Pamiętać należy o tem wszystkiem i ludzi, zwłaszcza ubezpieczonych, a skarżących się trwale na bóle względnie niemożność cięższej pracy z powodu bólu kręgosłupa, zbadać najpierw gruntownie promieniami Röntgena, a nie brać odrazu za symulantów. K.

Rollier. **Leczenie gruźlicy promieniami słońca.** (84. Zjazd niem. lek. i przyr. w Münster IX. 1912). Leczenie słońcem stosuje R. od lat 9, a z wyników swych może być dumnym. Doszedł nawet do przekonania, że słońcem wyleczyć można każdą formę zewnętrznej czy wewnętrznej gruźlicy w każdym okresie i w każdym wieku. Naturalnie leczenie to popiera Rollier leczeniem ogólnem. W Leysin przebywają chorzy stale latem i zimą i biorą pełne kąpiele słoneczne, do których jednak zwolna przyzwyczajać się trzeba, aż wystąpi zabarwienie skóry. Metodą swoją leczył R. już przeszło 700 chorych. Zwykle obchodzi się przytem bez większych zabiegów chirurgicznych, co najwyżej stosuje się nakłucia ropni i t. p. Leczenie trwa długo, w ciężkich przypadkach nieraz przeszło dwa lata. K.

Wahl. **O zesztywnieniu stawów, zapobieganiu i leczeniu.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 45). Najczęstszemi przyczynami zesztywnienia stawów są: gruźlica, urazy, ostry i przewlekły gościec, zapalenie stawów zniekształtniające i zapalenia po durze, tryprze, płonicy, odrze, grypie, zapaleniu płuc, wreszcie jako następstwa kiły, zapalenia szpiku kostnego i po ropowicach. Przy ropowicach przyczyna leży w zbyt późnych nacięciach ropowicy. Bardzo często po ropieniach, gośćcu, tryprze i po urazach za długo ustala się stawy, co właśnie usposabia do zesztywnień. Natomiast przy gruźlicy rzecz ma się nieraz odwrotnie. Dlatego o wiele lepszym w wielu przypadkach jest wyciąg, dozwalający na pewne ruchy. Do tego celu podaje też autor liczne szyny wyciągowe, nadające się do leczenia ambulatoryjnego kończyn górnych. Często następowe leczenie, np. po złamaniach, pozostawia się laikom, a to właśnie wiedzie do zesztywnień, bo laik wykonuje zalecone zabiegi zwykle nieumiejętnie, za mocno, za słabo, lub też nie fizyologicznie. Dlatego też W. jest zdania, że leczenie następowe po złamaniach przeprowadzać powinien o ile możności zawsze lekarz. Nie wystarczy tu »miesienie« kilkunastominutowe, lecz należy co dzień poświęcać na to nieraz i godzin kilka. Gdzie leczenie zachowawcze nie pomaga, stosujemy zabiegi operacyjne,

względnie przeszczepiania stawów lub sposób Kochera. Po urazach stawów nie należy zbyt długo zwlekać z uruchomianiem. A.

Okulistyka.

Charlet. **Zanik nerwu wzrokowego i mięsak oczodołu.** (Revue gén. d'opht. 1912 Nr 1.).

Przypadek ten odnosi się do 19-letniej kobiety, która zgłosiła się do kliniki okulistycznej w Montpellier z objawami rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego na oku prawem. Ponieważ równocześnie istniała jaskra, przeto w braku innych miejscowych, lub ogólnych przyczyn, przypuszczano zrazu, że zanik nerwu pozostaje w związku z chorobą nerek. Po kilku miesiącach jednak oko prawe, zupełnie już ociemniałe, zaczęło występować z oczodołu i już wtedy badanie rynologiczne stwierdziło obecność nowotworu, wyrastającego z komórek kości sitowej. Nowotwór powiększał się we wszystkich kierunkach i miał wszelkie znamiona kliniczne mięsaka. Z przyzwoleniem na operacyę chora długo zwlekała, a tymczasem guz przybrał ogromne rozmiary i wypełnił całą prawą połowę jamy nosa, jamę Highmora, jamę nosowo-gardłową, a wreszcie zajął oczodół, wypychając gałkę oczną, (zresztą zupełnie nienaruszoną i nie okazującą poza zanikiem nerwu wzrokowego żadnych innych zmian wziernikowych), do tego stopnia ku przodowi i zewnątrz, że tylny jej biegun znajdował się na zewnątrz od płaszczyzny skroni. Przy operacyi pokazało się, że cała prawie kość klinowa była już zniszczona, a naciek nowotworowy przechodził na opony mózgowe. Chora zmarła w kilka godzin po operacyi. Badanie mikroskopowe wykazało utkanie drobnokomórkowego mięsaka z wielką przewagą komórek o typie embryonalnym, czem się tłomaczy szybki wzrost nowotworu i jego szczególna złośliwość. Na uwagę zasługuje w tym przypadku niezwykle długi, bo 9-miesięczny okres, w którym nowotwór, nie objawiając się niczem, doprowadził do zupełnego zaniku prawego nerwu wzrokowego, poczem nagle prawie przeszedł w okres szybkiego rozrostu. K. W. Majewski.

Arcelin. **Wartość radyografii dla wykrywania ciał obcych w oku.** (Revue gén. d'opht. 1912 Nr 6).

Chodzi tu oczywiście o ciała obce metaliczne, a więc o odpryski stali, żelaza, mosiądzu, miedzi, dla promieni Röntgena zupełnie nieprzepuszczalne. Autor wskazuje na trudności, jakie nastręcza częstokroć rozpoznanie mimo wielkiego udoskonalenia radyografii. Wykazuje na przykładach, jak łatwo o błędne orzeczenie, jeśli tak przy zdjęciu, jak i wywoływaniu radyogramu nie postępuje się dość skrupulatnie. Zwłaszcza przy bardzo małych rozmiarach ciała obcego wynik poszukiwań radyograficznych może być chybiony, a jednak odpowiedzialność w tych przypadkach jest bardzo wielka, bo od wykazania obecności ciała obcego w oku zależy zazwyczaj postanowienie co do operacyi, a tem samem los zranionego, a nieraz i drugiego oka. W przypadkach odprysków miedzi, bronzu, w których sideroskop nie może dać żadnej odpowiedzi, rozstrzyga radyografia. Tymczasem najmniejszy ruch oka w czasie ekspozycyi wystarcza, ażeby na płycie cień małego odprysku zupełnie został zatarty. Przed możliwością takiego poruszenia nie ustrzeże nas ani bezwzględne ustalenie głowy, ani tem mniej polecenie wpatrywania się w określony punkt. Jedynie skutecznem może być w tych razach skrócenie jaknajwiększe czasu ekspozycyi i sporządzenie kilku zdjęć. W każdym razie autor nie radzi nigdy tylko na podstawie ujemnego wyniku badania radyograficznego bezwarunkowo wyłączać obecności małego ciałka obcego w oku.

Jeśli radyogram wykazuje wyraźny cień odprysku, powstają pytania: jaka jest siedziba i jaka wielkość ciała obcego? Badanie sposobem Grossmanna pozwala na określenie usadowienia odprysku z wystarczającą dla operatora dokładnością, natomiast o rozmiarach ciała obcego należy orzekać bardzo ostrożnie. Obliczenie wymiarów z wielkości cienia z uwzględnieniem stożkowego jego powiększenia nie przedstawiałoby większych trudności, gdyby nie to, że w odpryskach podługowatych, zależnie od ich ułożenia względem płaszczyzny rzutu, może zajść znaczne skrócenie cienia. Nie należy też nigdy o tem źródle błędów zapominać. K. W. Majewski.

Rollet i Durand. **Mierzenie wysadzenia gałek ocznych** (wysadzenie oczu przy zaniku nerwu wzrokowego). (Revue gén. d'opht. 1912 Nr 5).

Po przedstawieniu rozmaitych dotąd polecanych sposobów mierzenia wysadzenia gałek ocznych i opisie różnych przyrządów, do tego celu służących, podają autorowie przyrząd własnego pomysłu, który jest odmianą i uproszczeniem znanego przyrządu Hertla. Punktami oparcia przyrządu są tutaj również zewnętrzne krawędzie kostne oczodołu. Liczne pomiary przekonały autorów, że osadzenie gałek ocznych należy uważać za prawidłowe wtedy, jeśli szczyt rogówki występuje na 12—14 mm. poprzed zewnętrzną krawędź oczodołu. Jeśli wystawanie to wynosi więcej niż 14 mm., wtedy można mówić o wysadzeniu oczu (exophthalmus), jeśli mniej, niż 14 mm. wtedy oko jest zapadłe (enophthalmus). W przypadkach krótkowzroczności znajdowali autorowie bardzo często, zależnie od stopnia wady, mniejszy, lub większy stopień wysadzenia oczu, w przypadkach dalekowzroczności prawie stale zmniejszone wystawanie rogówki. Poza licznymi przypadkami wysadzenia oczu z powodu nowotworów, krwiaków, ropni pozagałkowych i innych zmian w oczodole, oprócz kilkunastu przypadków choroby Basedowa, zebrali autorowie szereg spostrzeżeń, odnoszących się do przypadków zaniku nerwu wzrokowego, w których stale prawie stwierdzali wybitne wysadzenie oka. Powstawanie tego nieznanego dotąd objawu, towarzyszącego zanikowi nerwu wzrokowego, jest zupełnie niejasne. W niektórych przypadkach przypuścićby można niedowład lub przynajmniej osłabienie tętniczego napięcia zewnętrznych mięśni ocznych. Dodać należy, że tylko u pewnej części chorych istniał wiąd rdzenia. U innych z wyraźnem wysadzeniem oczu zanik pochodził z wielorakich innych przyczyn, które same przez się mogłyby wysadzenie oczu wywołać. K. W. Majewski.

Rollet i Durand. **Badania doświadczalne nad wiewiórowemi zakażeniami oka.** (Revue gén. d'opht. 1912 Nr 3).

Do doświadczeń swych używali autorowie królików, którym bądźto wprowadzali do różnych części oka świeże hodowle dwoinek wiewiórowych, bądź też wstrzykiwali gonotoksynę. Tak w jednym, jak i w drugim szeregu doświadczeń otrzymywali przeważnie wyniki dodatnie. Podobnie, jak u człowieka, zakażenie wiewiórowe wywołuje u królików plastyczne zapalenie tęczówki ze znacznym wysiękiem do przedniej komory i zaćmieniami w ciele szklistem. Z łatwością otrzymywali autorowie również zmiany zapalne w nerwie wzrokowym i w siatkówce, znane również w patologii ludzkiej. Z doświadczeń autorów wynika, że czynnikiem, wywołującym stany zapalne w oku, są w pierwszym rzędzie gonotoksyny, przynajmniej nie można było nigdy w ogniskach zapalnych wykazać obecności dwoinek, podobnie, jak nie można ich znaleść u człowieka w wysiękach ocznych przyrody wiewiórowej. U królika zmiany, zwłaszcza usadowione w przednim odcinku oka, goją się szybko same, co autorowie przypisują wysokiej ciepłocie ciała. Po niektórych szczepieniach wśródocznych, tak hodowli, jak jadu, powstawały ogniska przerzutowe w postaci zgorzeli jelit, drobnych ropni w wątrobie, zropienia gruczołów podszczękowych i króliki padały wskutek zakażenia ogólnego. K. W. Majewski.

Rollet i Genet. **Pierwotna zmiana kiłowa na powiece i na brodzie.** (Revue gén. d'opht. 1912 Nr 4).

Przypadek ten odnosi się do młodego Araba, u którego powstały równocześnie dwa typowe wrzody pierwotne, jeden na skórze powieki dolnej, drugi pod kącikiem ust,

w pewnem oddaleniu jednak od błony śluzowej warg. Gruczoły przeduszne, podszczękowe i szyjne silnie zajęte. Badanie bakteryologiczne wykazało w obu wrzodach obecność licznych krętków bladych. Wkrótce pojawiła się na tułowiu i kończynach osutka plamista. Wrzody zabliźniły się bardzo szybko po dwukrotnem podaniu 0,5 arsenobenzolu, który autorowie od pewnego czasu stosują prawie wyłącznie przez odbytnicę. Wlewają oni zapomocą długiego drenu głęboko do wypróżnionej poprzednio odbytnicy salwarsan w fizyologicznym rozczynie soli z dodatkiem kilkunastu kropel nalewki makowcowej. Ten sposób podawania salwarsanu daje im w przypadkach ocznych zmian kiłowych dobre i szybkie wyniki. K. W. Majewski.

Rollet. **Wybór metody blefaroplastyki.** (Revue gén. d'opht. 1912 Nr. 1).

Autor podał cały szereg sposobów wykonywania blefaroplastyki dla przypadków, w których chodzi albo o należyte ułożenie powieki odwiniętej przez bliznę, albo o odtworzenie powieki odciętej przy wyłuszczaniu złośliwego nawrotu. W pierwszym razie wykonywa plastykę zapomocą dwóch, lub czterech płatów skórnych uszypułowanych, w drugim zaś razie, zwłaszcza jeśli chodzi o powiekę dolną, zaleca t. zw. blefaroplastykę »szufladkową« (blepharoplastie à tiroir). Dla zastąpienia spojówki przeszczepia autor zazwyczaj błonę śluzową z jamy ust. W niektórych razach, gdzie ubytki są głębsze i potrzeba do ich pokrycia większej ilości skóry, a nieraz i tkanki podskórnej tłuszczowej, posługuje się autor zmodyfikowaną metodą włoską Tagliacozziego, przyczem używa do umocowania ramienia na wysokości oka nie przyrządu Bergera, zrobionego ze skóry i tasiemek, lecz zwyczajnego opatrunku gipsowego. Tam gdzie z powodu raka, lub innego nowotworu złośliwego konieczne jest i wypatroszenie oczodołu i odcięcie powiek, wyściela Rollet cały oczodół przeszczepioną skórą, która się zazwyczaj bardzo dobrze przygaja. Dzięki tym śmiałym pomysłom operacyjnym może on pokrywać nawet bardzo znaczne ubytki i dlatego nie cofa się przed operacyą nawet w przypadkach znacznie rozrośniętych nowotworów złośliwych, które inaczej należałoby uważać za nienadające się do operacyi. K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 1. XII. 1912.

1) Czł. Nap. Cybulski przedstawia pracę własną p. t.: **Model prądów czynnościowych.**

Doświadczenia nad mięśniami wykazały, że zjawiska elektryczne w mięśniu podczas przejścia stanu czynnego można sprowadzić do przebiegu po włóknie mięsnem dwóch różnic potencyału elektrycznego w pewnych krótkich, po sobie następujących okresach czasu. Zasadzając się na tym fakcie, autor zbudował model, za którego pomocą otrzymane zostały fotogramy, odpowiadające najzupełniej fotogramom, uzyskanym w najrozmaitszych warunkach z mięśnia czynnego. Zgodność krzywych autor uważa za dowód, potwierdzający jego założenia co do natury prądów czynnościowych.

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. T. Koźniewskiego p. t.: **Studya nad składem chemicznym bakteryi gruźliczych.** Część I.

Autor opisuje nowy sposób badania chemicznego bakteryi gruźliczych. Bakterye gruźlicze, przemyte wodą gorącą, wytrawia się w dwóch stadyach, najprzód zimnym 96% alkoholem, potem acetonem w przyrządzie Soxhleta. Tą drogą oddziela się kwasy tłuszczowe substancyi wonnych, barwik i lecytyny od substancyi woskowatej, która jest głównym składnikiem całego ekstraktu. Na podstawie wyników spalenia, liczby zmydlenia i innych doświadczalnych danych uważa autor powyższą substancyę woskowatą za ester kwasu tłuszczowego. Badając substancyę węglowodanową, zawartą w bakteryach gruźliczych, autor dochodzi do wniosku, że nie jest to błonnik ani chityna, lecz węglowodan, łatwo ulegający rozszczepieniu na cukier przez rozcieńczone kwasy mineralne, który zatem może być zaliczony do hemicelluloz. Cukier, otrzymywany przez działanie 2%—3%-owego kwasu siarkowego lub solnego, jest mieszaniną, nie skręcającą płaszczyzny światła spolaryzowanego; jeden jej składnik, wynoszący prawie połowę całej ilości cukru, fermentuje z łatwością, a pozostałość okazuje skręcanie płaszczyzny światła spolaryzowanego w lewo. Na zasadzie badań chemicznych i mikroskopowych autor dochodzi do wniosku, że t. zw. kwasoodporność bakteryi gruźliczych przy barwieniu metodą Ziehl-Neelsena nie zależy od obecności substancyi tłuszczowej lub woskowej, lecz od owego węglowodanu, tworzącego rodzaj membrany bakteryjnej. Płyny polecane do całkowitego wytrawienia (odtłuszczenia) bakteryi gruźliczych, jak mieszanina Aronsonowska, chlorek benzoilu lub trójchloroetylen, niszczą t. zw. kwasoodporność bakteryi gruźliczych, ponieważ zawierają chlorowodór, rozkładający ów węglowodan.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 28. XI. 1912.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 46.

1) Przewodniczący wniósł imieniem Zarządu Towarzystwa, a Prof. Dr Ciechanowski umotywował mianowanie członkiem honorowym Towarzystwa Dra Stanisława Łazarewicza, redaktora »Nowin lekarskich«, dla uczczenia zasług jego z okazyi 25-lecia »Nowin«.

2) W poczet członków Towarzystwa przyjęto kolegów Franciszka Waltera i Januarego Zubrzyckiego.

3) Przez aklamacyę przyjęto listę członków Komisyi przedwyborczej, proponowaną przez Zarząd Towarzystwa.

3) Dr Szymanowski omówił **serodyagnostykę ciąży** metodą Abderhaldena. (Demonstracya na przykładzie jednej surowicy ciężarnej i jednej surowicy normalnej i omówienie teoretycznych podstaw odczynu. Szczegółowe wyniki badań, wykonanych wspólnie z kol. Jaworskim, będą ogłoszone w najbliższym czasie).

5) Dr Rosenhauch i Szymanowski przedstawili i omówili **doświadczalne badania nad reinfekcyą gruźlicy na oku morskiej świnki.** Rosenhauch przedstawił 3 zwierzęta z pierwszej seryi doświadczeń, wykonanych wspólnie z Dr Szymanowskim w zakładzie Prof. Nowaka. Chodziło o przekonanie się, jak zachowuje się oko morskiej świnki zdrowej po wstrzyknięciu do przedniej komórki oka zawiesiny prątków gruźliczych, a jak — oko morskiej świnki poprzednio (przed 3 tyg.) zakażonej podskórnie gruźlicą [gruczoły macalne]. W doświadczeniach tych przekonali się, że u zdrowego zwierzęcia odczyn oka na wspomniany zabieg był bardzo nieznaczny, po 48 godzinach ustępował niemal bez śladu, dopiero po upływie 3—4 tygodni wytwarzały się guzki na błonie Descemeta i tęczówce. W oku gruźliczego zwierzęcia odczyn był daleko silniejszy: silne obrzmienie spojówki gałkowej, zmleczenie niemal porcelanowe całej rogówki; po 48—72 godz. zwolna ten gwałtowny odczyn ustępuje i widać wtedy, poprzez zmętnioną jeszcze rogówkę, na błonie Descemeta i tęczówce twory, przypominające makroskopowo owe wyżej opisane guzki. W doświadczeniu tem są zatem dwa okresy:

okres początkowy bardzo gwałtownego odczynu, który mija, po kilku dniach zaś następuje okres drugi, okres guzków. Gdy zatem u zdrowego zwierzęcia guzki występują po upływie 3—4 tygodni, to u chorego ukazują się na 4—5. dzień po zabiegu. Gałki oczne tych zwierząt są w badaniu mikroskopowem, dalsze doświadczenia w toku; skoro tylko doprowadzą do dodatnich wyników, będą również w Towarzystwie przedstawione.

Szymanowski uzasadnia teoretyczną stronę zagadnienia, związek pomiędzy reinfekcyą i anafilaksyą z jednej strony, oraz pomiędzy reinfekcyą doświadczalną a klinicznemi nasileniami przewlekłych zakażeń z drugiej.

6) Prof. Kostanecki porusza sprawę porządku, w jakim odbywają się demonstracye i odczyty.

7) Prof. Gliński: **O przysadce mózgowej.** (Rzecz wyjdzie w druku w »Nowinach lekarskich«).

W dyskusyi przemawiali: Prof. Kostanecki, prof. Rosner i doc. Koźniewski.

Prof. Bochenek zaznacza, że w wielu pytaniach anatomii tam, gdzie nie daje odpowiedzi anatomia ludzka i embryologia, odpowiedź dają badania anatomiczno-porównawcze. Co do przysadki mózgowej, to jej część nerwowa u najniższych zwierząt kręgowych, u niślimki (amphioxus) i u ryb zdaje się być narządem zmysłowym, podobne stosunki zachodzą też u gadów (Brehe, Bochenek). Co do znaczenia tego zmysłu, to przypuszczano, że odczuwa on zmiany w ciśnieniu wśródczaszkowem, u ryb zaś Dammermann przypuszcza, że część nerwowa przysadki pozostaje w łączności ze zdolnością odczuwania głębi. Badania nad przysadką wyższych kręgowców nie są jeszcze przeprowadzone. Zawiera ona w części nerwowej znaczną ilość włókien, komórki gleju i zdaje się, że komórki nerwowe. Jest rzeczą ciekawą, że czynne wyciągi przysadki otrzymuje się właśnie z części nerwowej, a nie gruczołowej.

W końcu prelegent odpowiadał na podniesione w dyskusyi punkta. Sekretarka doroczna: A. Markowa.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 19. XI. 1912.

1) Cz. Otto przedstawił preparat **tętniaka aorty** wielkości głowy dorosłego mężczyzny.

2) Wład. Czaplicki przedstawił **przypadek ostrej gruźlicy płuc, leczonej zapomocą sztucznej odmy.** 18-letni uczeń zachorował w maju r. b.; gorączka do 39·5°, krwioplucie, laseczniki Kocha w plwocinie. Do sanatoryum Geislera w Otwocku przybył 9 lipca r. b. w stanie ogromnego wycieńczenia, z odleżyną na krzyżu, ciepłotą 39·2° i objawami rozległego nacieku w płucu lewem. Leczenie kliniczne w ciągu $2^1/_2$ miesięcy nie dało pomyślnego wyniku; przeciwnie, chory gorączkował, chudł, a rozpad płuca lewego szybko się zwiększał i wystąpiły objawy jam. Dnia 20 września r. b. Cz. przystąpił do leczenia sztuczną odmą. Po kilku wdmuchiwaniach azotu kaszel i ilość plwociny wybitnie się zmniejszyły; chory czuł się o tyle silniejszym, że niechciał leżeć w łóżku, zaczął wstawać, a stan stopniowo się poprawiał. Ciepłota spadła do 37·2°, na wadze przybyło choremu do 7 listopada r. b. 5 kilogr., kaszel i odpluwanie bardzo nieznaczne, głównie rankami. Na rentgenogramie z d. 4 b. m. widzimy, że lewa strona klatki piersiowej w $^3/_4$ jest wypełniona gazem, płuco lewe nie jest zupełnie uciśnięte wskutek przytrzymujących je pasemkowatych zrostów, przepona na stronie lewej silnie uciśnięta ku jamie brzusznej, serce przesunięte do sutka prawego. Wdmuchiwania azotu będą nadal stosowane.

3) Dębiński przedstawił chorego, **leczonego sztuczną odmą** piersiową w sanatoryum Geislera w Otwocku. 18-letni uczeń kaszlał od lat 3, od czasu do czasu gorączkował do 39°. W sierpniu roku bieżącego przybył do sanatoryum z obfitem krwiopluciem, trwającem od 2 tygodni, i objawami rozległego nacieku w płucu lewem. Leczenie sztuczną odmą rozpoczęto 11 września r. b. Obecnie stan ogólny chorego jest dobry, bezgorączkowy, tętno ze 104—110 spadło do 80, waga ciała wzrosła o 6 klgr., chory nie kaszle, nie pluje; na całej przestrzeni lewej strony klatki piersiowej słychać oddech amforyczny bez rzężeń; serce przesunięte na prawo. Rentgenogram wykazuje obecność gazu w całej lewej połowie klatki piersiowej, płuco uciśnięte ku kręgosłupowi.

4) K. Kuligowski: **Zmiany histologiczne w przewlekłem włóknistem zapaleniu mięśnia sercowego.** W pracy swojej prelegent zajął się wyświetleniem sposobu powstawania tkanki łącznej w przewlekłem zapaleniu mięśnia sercowego. W przytoczonem przez K. piśmiennictwie, omawiającem tę sprawę, wszyscy autorowie są tego zdania, że włóknista tkanka łączna pochodzi zawsze z ziarninowej, nieliczni tylko badacze utrzymują, że w niektórych przypadkach przewlekłego włóknistego zapalenia mięśnia sercowego nie znaleźli wcale tkanki ziarninowej. Na mocy własnych badań histologicznych w 9 przypadkach przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego dochodzi prelegent do wniosków następujących: 1) Zapalenie włókniste przewlekłe mięśnia sercowego w sensie Virchowa uważać należy za chorobę nieistniejącą i nazwę tę zastąpić mianem »włóknisto-szkliste zwyrodnienie mięśnia sercowego« 2) Za przyczynę tego zwyrodnienia uważać należy zmiany w ścianie tętnicy wieńcowej, wskutek których następuje zmniejszenie napięcia naczyń sercowych. 3) Świeża tkanka łączna nie wytwarza się w tej sprawie, powstaje jedynie pęcznienie z następczem stwardnieniem wzgl. homogenizacyą, istniejącej już tkanki łącznej. 4) Tkanka ziarninowa nie ma bezpośredniego związku ze sprawą zasadniczą; jest to jedynie odczyn, wywołany sprawami wtórnemi w sercu. 5) Tkanka mięśnia ulega zanikowi wskutek ucisku, wywołanego przez rozrastającą się tkankę łączną. 6) Nazwę »myocarditis chronica fibrosa« można pozostawić jedynie dla takich zmian w sercu, w których tkanka łączna bliznowata rozwija się z ziarninowej w sposób przewlekły.

W dyskusyi Pawiński zaznacza, że zmiany, właściwe t. zw. przewlekłemu włóknistemu zwyrodnieniu mięśnia sercowego, t. j. zanik włókien mięsnych z następczym rozwojem tkanki łącznej, są najczęściej wynikiem miażdżycy tętnic wieńcowych; zgadzają się na to tak anatomo-patologowie, jak i klinicyści. Do podobnego wniosku doszedł i prelegent na mocy swych badań histologicznych. Postać przewlekłego włóknistego zapalenia mięśnia sercowego, właściwą wiekowi starszemu, Francuzi nazywają »sklerozą dystroficzną« (Huchard). Występuje ona w postaci wysepek bliznowatych, położonych centralnie w stosunku do naczynia (tętnicy wieńcowej), będącego punktem wyjścia zmian patologicznych. Prócz jednak tej postaci, zjawiającej się w okresie sklerozy ogólnej, a więc u osób starszych, istnieją jeszcze inne postacie, pochodzenia zapalnego (myocardite sclereuse ou interstitielle). Bujanie tkanki łącznej okołonaczyniowej wiedzie do zwyrodnienia i zaniku włókien mięsnych, wreszcie do wytwarzania się blizn (sclerose perivasculaire). Niekiedy obie te postacie, t. j. skleroza dystroficzna i zapalna, mogą występować u jednego osobnika równocześnie. Prócz tego początek zmianom w mięśniu sercowym, wiodącym do powstania blizn, mogą dać sprawy zakaźne, a zwłaszcza wysypki ostre. Sprawa rozpoczyna się albo w tkance łącznej międzymięśniowej, albo też w samych włókienkach mięsnych. Zasługą szkoły lipskiej (Romberg, Krehl) jest właśnie wykazanie patogenezy tego rodzaju zmian przewlekłych w mięśniu sercowym osobników młodych, w przeciwstawieniu do patogenezy zmian u ludzi starszych.

Chełchowski zapytuje, czy serca, badane przez prelegenta, pochodziły wyłącznie ze zwłok ludzi w wieku starszym.

Cz. Otto zaznacza, że prelegent nie uwzględnił wcale zmian w przedsionkach, powoływał się bowiem jedynie na badanie w komorach. O samej zaś sprawie wzrostu tkanki bliznowatej mówi ogólnikowo, że rozwija się ona dookoła naczyń; nie zwraca jednak uwagi, w jakim kierunku ten rozrost idzie przeważnie i gdzie się najczęściej zaczyna: czy w mięśniach grzebieniowatych i brodawkowatych, czy też pod wsierdziem i potem stopniowo przechodzi na warstwy inne. Co do pierwotnego rozwoju tkanki bliznowatej, która ma wywoływać zanik włókien mięsnych, Otto jest tego zdania, że takie twierdzenie należałoby poprzeć całym szeregiem badań doświadczalnych na zwierzętach. Z przedstawionych preparatów prelegenta można również dobrze wysnuć wniosek, że włókna mięsne ulegają zmianom pierwotnym, a tkanka łączna wtórnym. Prócz tego prelegent nie wspomniał o rozwoju tkanki sprężystej, która w przewlekłem włóknistem zapaleniu mięśnia sercowego zajmuje bardzo ważne miejsce. Na podstawie własnych prac i danych z piśmiennictwa Otto twierdzi, że tkanka ta w omawianem cierpieniu jest rozwinięta nadzwyczaj silnie i ułatwia, a może nawet powoduje rozkurcz mięśnia sercowego, w którym włókna mięsne uległy zanikowi. W zdrowem sercu spotykamy niewielką ilość tej tkanki sprężystej. Należałoby także, zdaniem O., wspomnieć i o zmianach w pęczku Hisa i w zwojach nerwowych serca.

Kuligowski odpowiada, że zbadane przezeń serca pochodziły z osobników w różnym wieku, że zajął się badaniem jedynie tkanki bliznowatej, strony zaś klinicznej sprawy zgoła nie miał zamiaru uwzględniać. T. Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie polskie w Kijowie.

Posiedzenie w dniu 28. XI. 1912 r.

Przewodniczy kol. M. Kozłowski. Obecnych członków 31.

G. Stanisławski. **Zabobon w medycynie**. Skreśliwszy krótki rys historyczny powstania zabobonów w medycynie, prelegent przeprowadza paralelę między przesądami pogańsko-ludowymi i chrześciańsko-kościelnymi, uważając te drugie za groźniejsze, gdyż szerzone są przez ludzi, mających wpływ na pewne warstwy społeczeństwa. Ubolewając nad faktem, iż pomimo ogólnego postępu cywilizacyi sprawa zabobonu w medycynie od stu lat nie uległa zmianie, prelegent przytacza fakty, że nietylko tak zw. inteligencya hołduje wszelkim leczeniom bezmyślnym (jak homeopatya, elektro-homeopatya, leczenie magnesami prof. Durvillea), lecz i lekarze zawodowi zaczynają uprawiać to zabobonne lecznictwo.

Dyskusya. Trzebiński twierdzi, iż nie należy zbyt ogólnikowo, bez poprzedniego zbadania, odrzucać wszelką myśl, wypowiedzianą przez laików w sprawach lecznictwa. Historya dowodzi, iż były przypadki, gdy nie-lekarze (na przykład Priessnitz) stawali się twórcami racyonalnych sposobów leczenia.— Gilewicz sądzi, iż panowanie zabobonu ma do pewnego stopnia swe źródło w samym stanie obecnej medycyny.— Łążyński twierdzi, iż w wielu przypadkach wiara drogą sugestyi wykazuje prawdziwie realne wyniki.

Sekretarz A. Bylina.

Z Towarzystwa lekarzy polskich w Detroit.

Wielu prawdopodobnie zadziwi, że w nieznanym dalekiem Detroit istnieje Towarzystwo lekarzy polskich!

Nim jednakże rozpocznę o naszem Towarzystwie, skreślę kilka słów o samem Detroit, siedzibie naszej. Miasto to leży przy jeziorach Erie i St. Clair, na granicy Kanady, w stanie Michigan; mieszkańców liczy blisko 600.000, w tej liczbie 90.000 Polaków. Lekarzy polskich mamy blisko 20. W Detroit jest kilka dobrych szpitali, których zarząd spoczywa w rękach lekarzy-amerykanów, lecz już w marcu otworzy swe podwoje nowy szpital — »Samaritan Hospital«, — w którym będzie trzech dyrektorów Polaków, a mianowicie Dr E. Koneczny, Dr S. Łachajewski i Dr B. Pasternacki; jednym z lekarzy miejskich jest także Polak, Dr Przybyłowski. Detroit zalicza się do najpiękniejszych miast Stanów Zjednoczonych. Ulice wysadzone drzewami, mnóstwo parków i zadrzewionych bulwarów, — słowem jest to miasto-ogród, tonące latem w zieleni. Detroit słynie ze swych fabryk automobilowych. W zeszłym roku wykonano tu blizko 150.000 automobilów wartości 200 milionów dolarów. Mamy też kilkanaście fabryk lekarstw, między innemi znaną lekarzom firmę Parke & Davis.

Przechodząc do naszego Towarzystwa lekarzy polskich w Detroit zaznaczam, że zostało ono założone prawie rok temu. Po uprzedniem porozumieniu się zebrało się na pierwsze posiedzenie zaledwie 6 lekarzy. Nie zrażeni, zawiązali oni Towarzystwo i obrali zarząd, w skład którego weszli doktorzy: B. Pasternacki prezes, F. Przybyłowski wiceprezes, E. Koneczny sekretarz, i S. Łachajewski kasyer; przyjęto ustawę opracowaną na wzór Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago oraz zasady etyki lekarskiej, obowiązujące w »American Medical Association«.

Dorobek pierwszego roku działalności naszego Towarzystwa przedstawia się wcale nieźle: liczba członkow wzrosła do 12, wygłoszono kilka referatów naukowych i postanowiono nadal raz na miesiąc po kolei przedstawiać referaty. Zawiązaliśmy ściślejsze i przyjazne stosunki między sobą oraz z Towarzystwem lek. polskich w Chicago. Na jednem z posiedzeń w Chicago, gdzie było obecnych dwóch naszych delegatów, utworzyliśmy komitet dla zorganizowania Towarzystwa lekarzy polskich w Ameryce. Następne posiedzenie odbyło się w Detroit przy udziale kolegów Boguszewskiego, Czakiego i Żurawskiego z Chicago, a obecnie na 14 grudnia 1912 zwołano wiec ogólny lekarzy polskich w Ameryce do Chicago. Oprócz pracy organizacyjnej są na porządku dziennym trzy referaty naukowe: Dr Fronczaka z Buffallo, Dr Konecznego z Detroit i Dr Wagnera z Milwaukee. Mamy nadzieję, że powołane do życia nowe Tow. lekarzy polskich w Ameryce przyczyni się wielce do zbliżenia i poznania się kolegów, rozrzuconych po wszystkich stanach Unii, a zarazem zakrzewi między lekarzami polskimi ducha przyjaźni, jedności i etyki zawodowej.

Dr Edmund Koneczny,
sekretarz Tow. lek. Polskich w Detroit.

Konkurs »Przeglądu lekarskiego«.

Sąd konkursowy, mający przyznać nagrodę za artykuł o charakterze wykładu klinicznego lub sprawozdania poglądowego, wydrukowany w ciągu roku 1912 w »Przeglądzie lekarskim«, składali pp. Dr Akerman, Dr Blassberg, prof. Dr Browicz, Dr Janiszewski, prof. Dr Krzyształowicz, prof. Dr Majewski, prof. Dr Męsowicz, doc. Dr Nitsch, prof. Dr Nowotny, doc. Dr Radliński, prof. Dr Rosner, prof. Dr Rutkowski, Dr Wojciechowski i redaktor główny »Przeglądu«.

Sąd przyznał nagrodę Dr H. Fidlerowi z Radomia za pracę p. t. »Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego«, a zaszczytną wzmiankę Dr Adzie Markowej z Krakowa za artykuł »O pituitrynie«.

Dr Fidler przeznaczył połowę przyznanej sobie nagrody na zapomogę dla niezamożnego słuchacza Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, a drugą połowę dla słuchacza Wydziału lekarskiego lwowskiego.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Do liczby towarzystw lekarskich, których organem jest »Przegląd lekarski«, przybywa Towarzystwo lekarzy polskich w Detroit (stan Michigan) w Ameryce północnej. Grono pierwszych członków Towarzystwa lekarskiego w Detroit, nie-

dawno powstałego nowego ogniska zbiorowej pracy lekarzy Polaków, stanowią Drowie: Koneczny, Łachajewski, Singer, Orzechowski, Pasternacki, Przybyłowski, Kulick, Sadowski, Radziński, Kadłubowski, Dardas.

— Członkami Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu mianowani zostali na najbliższy trzechletni okres z Galicyi: profesorowie Kostanecki i Łazarski z Krakowa, Halban, Kucera, Łukasiewicz, dyrektor szpitala krajowego Dr Starzewski, dyrektor »Narodnoj licznyci« Dr E. Ozarkiewicz i Dr Sielski ze Lwowa, oraz Dr Walczyński, lekarz miejski z Tarnowa. W ten sposób wchodzą przedstawiciele Galicyi do Najwyższej Rady zdrowia w liczbie zwiększonej (z 6 na 9); żadna jednak z Izb lekarskich galicyjskich nie ma w niej przedstawiciela, choć powołano do Rady przedstawicieli innych Izb lekarskich austryackich.

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 4. I. 1913 następującemi sprawami: obsadzenie posady c. k. krajowego inspektora sanitarnego, utworzenie okręgów sanitarnych w Raniżowie w pow. kolbuszowskim w Baryszu i Potoku złotym w pow. buczackim, podwyższenie taks szpitalnych w Sokalu, Nowym Sączu, Krośnie i Białej, koncesye na prywatny dom porodowy we Lwowie i grobowiec prywatny w krośnieńskiem, memoryał w sprawie lekarzy okręgowych.

— Na najbliższem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 15. I. odbędzie się wykład p. Wróblewskiego, dyrektora Syndykatu rolniczego, z zakresu spraw społecznych, żywo obchodzących lekarzy; toteż zgromadzić on powinien liczne grono słuchaczy.

— Dyplom doktorski uzyskał w Krakowie p. Jan Górski, rodem z Warszawy.

— Odbyty w grudniu r. z. II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich powziął następujące uchwały: 1) Zjazd powierza utworzenie polskiego Towarzystwa neurologiczno-psychiatrycznego komitetowi organizacyjnemu krakowskiemu. 2) Zjazd uznaje potrzebę utworzenia czasopisma, poświęconego wyłącznie psychologii doświadczalnej. 3) Zjazd poleca zakładanie Towarzystw wstrzemięźliwości oraz zakładanie przytułków, względnie tanich uzdrowisk dla alkoholików.— Na końcowem posiedzeniu zawiadomił Dr Radziwiłowicz, że opracowanie polskiego słownictwa psychologicznego jest już na ukończeniu. Następny Zjazd ma się odbyć za dwa lata we Lwowie.

— Redakcya »Przeglądu lekarskiego« otrzymała od wychowańcow b. Szkoły Głównej Warszawskiej pismo, wyrażające »serdeczne podziękowanie za życzenia i wyrazy uznania, nadesłane na uroczystość pięćdziesięciolecia tej dobrze zasłużonej narodowi, a nieodżałowanej Żywicielki dusz naszych«.

— Redakcya Kalendarza lekarskiego mieści się obecnie przy ul. św. Jana 18 (Dr Klęsk). Kolegów, którzy mimo zamówienia nie otrzymali kalendarza, uprasza Redakcya Kalendarza o reklamowanie w Redakcyi, zaś kolegów, którzy otrzymali kalendarz, o łaskawe nadesłanie należytości celem uregulowania rachunków.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. XII. do 31. XII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 2 (obcych 3 † —), krztuśca 4, ospy wietrznej —, płonicy 23 † 1 (1 † —), odry —, duru brzusznego 4 † 1 (— † —), czerwonki 1, gorączki połogowej 1, róży 1. Dr Janiszewski.

Warszawa: Na posiedzeniu grudniowem r. b. wybrano prezesem posiedzeń ginekologicznych Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego Dr Fr. Neugebauera, wiceprezesami Dr Czesława Stankiewicza i Jana Gromadzkiego, sekretarzem Dr Szybowskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 23. XII. 1912 do 6. I. 1913 przypadków: ospy 4 † —, płonicy 4 † 1, duru wysypkowego — † 1, róży 2. Dr Trenkner.

Z różnych stron. We Lwowie odbyło się 29. XII. 1912. uroczyste poświęcenie i otwarcie Krajowego Zakładu dla chorych zakaźnych przy krajowym szpitalu powszechnym. Przy otwarciu przemawiali arcybiskup Bilczewski, szef departamentu sanitarnego Wydziału krajowego poseł Dr Bernadzikowski i wiceprezydent miasta Dr Rutowski. Zakład, zbudowany w sąsiedztwie szpitala powszechnego na obszernym terenie wartości około miliona koron, ofiarowanym bezpłatnie przez Radę miejską lwowską, kosztował około 1,300.000 K. i mieści 128 łóżek, a po wybudowaniu dalszych pawilonów będzie mógł pomieścić 250, oprócz projektowanego pawilonu dla gruźliczych. Z otwarciem tego zakładu zyskuje Lwów wspaniałą instytucyę leczniczą, urządzono wzorowo według współczesnych wymogów nauki i przewyższającą w tym względzie wszystkie zakłady w kraju.

— Towarzystwo lekarskie lwowskie wybrało na r. 1913 prezesem prof. A. Bednarskiego, wiceprezesem Dr Jandę, sekretarzem dorocznym Dr Toczyskiego, redaktorem »Tygodnika lekarskiego« doc. Dr Nowickiego.

— Na katedrę anatomii po ś. p. Kadyim przedstawił Wydział lekarski lwowski doc. Dr Józefa Markowskiego ze Lwowa.

— Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału lekarskiego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 14/27. XII. 1912 r. odbyły się następujące wykłady: 1) Ks. Prof. Dr Trzeciak. Trąd w Palestynie za czasów Chrystusa i obecnie. 2) Dr Romanowicz. Badania nad włośnicą (trichinosis): powikłania posocznicą pochodzenia jelitowego, substancye toksyczne, wytwarzane przez zarodki pasorzyta. 3) Dr Zboromirski. Odczyn Bordet-Gengou przy wiewiórze i jego powikłaniach.

— Austryackie ministerstwo kolejowe ułożyło się z »Towarzystwem walki z gruźlicą« we Lwowie o przyjęcie 30 funkcyonaryuszów kolejowych do sanatoryum w Hołosku, gdzie także ministerstwo skarbu umieszcza chorych z fabryki tytoniu w Winnikach. W Lisku dzięki inicyatywie lekarza powiatowego Dra Godłowskiego zawiązało się »Koło Towarzystwa walki z gruźlicą«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 15. stycznia 1913 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Wykład p. Wróblewskiego: Ekonomiczne znaczenie kooperatywy w naszem życiu codziennem. 2) Sprawozdanie Zarządu Towarzystwa za r. 1912.

Po posiedzeniu wieczerza koleżeńska, na którą należy zapisywać się **wcześnie**.

Rok LII. Kraków, dnia 18. stycznia 1913. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Prymaryusz Radca Dr A. Krokiewicz).

O rzekomo mocznicowej postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, oraz o t. zw. meningizmie.

napisał

Dr Maryan Godlewski.

(Ciąg dalszy).

Obecnie przystępujemy do szczegółowego omówienia spostrzeganych przez nas przypadków, w których białkomocz z całą pewnością odnieść można było do wikłającego zapalenie opon mózgowych, zapalenia nerek.

Z opisu tego okaże się, jakie trudności rozpoznawcze w tym razie powstać mogą.

I. Przed półtora rokiem wezwany zostałem do Maryi O., żony szewca, zamieszkałej w Krakowie. Chora, będąca w ostatnim miesiącu ciąży, leżała z głową wciśniętą w poduszki, zupełnie nieprzytomna, jęcząc. Mąż podał, że zasłabła dnia poprzedniego; bezpośrednio po powrocie z przechadzki: silny ból głowy i wymioty. Przedmiotowe badanie wykazało bardzo wyraźną sztywność karku i względne wyraźne zwolnienie tętna w stosunku do wysokiej gorączki (Przy temperaturze 39° ilość tętna nie dochodziła 70 uderzeń w minucie). Objawy te, łącznie z wywiadami, pozwalały mi odrazu rozpoznać zapalenie opon mózgowych i z tem rozpoznaniem przewiozło chorą pogotowie ratunkowe na oddział wewnętrzny szpitala św. Łazarza. Badający ją tu lekarz, w moczu, wypuszczonym cewnikiem, stwierdził znaczną ilość białka i krew. Objawy te łącznie z ciążą nasunęły mu przypuszczenie rzucawki ciężarnych zwłaszcza, że zauważył lekkie drgawki w twarzy. To dało powód do przeniesienia chorej na oddział położniczo-ginekologiczny dla dokonania rozwiązania. Tymczasem sztywność karku ustąpiła już zupełnie, a przy podniesionej wciąż ciepłocie miejsce zwolnienia tętna zajęło przyspieszenie. Wobec tych objawów i pewnych przedmiotowych danych, świadczących za zapaleniem nerek, skłaniano się tu do rozpoznania mocznicy, co wobec, jak zaznaczyłem, ustąpienia sztywności karku, zdawało się zupełnie uzasadnione. W kilka godzin po rozwiązaniu chora zmarła, nie odzyskawszy przytomności, w czwartym, czy piątym dniu choroby.

Badanie pośmiertne, wykonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jag., wykazało: »Leptomeningitis purulenta cerebro-spinalis (epidemica?) Tumor lienis acutus. Nephritis parenchymatosa acuta recens. Degeneratio adiposa hepatis. Fragmentatio myocardii. Uterus post partum. Involutio uteri incompleta. Incisiones cervicis uteri lege art. factae. Nodi tuberculosi caseosi incapsulati apicum pulmonis utriusque. Ulcera tbc. obsoleta et recentia intestini ilei«.

II. Drugi przypadek dotyczył abituryenta gimnazyum Maryana L. l. 23, który przyjęty został na nasz oddział z objawami silnego bólu głowy, ćmienia przed oczyma, zawrotów głowy; wymioty kilkakrotne. Choroba — wedle podania chorego — trwa czwarty dzień, rozpoczęła się nagle. Te objawy, podane przez chorego, zupełnie przytomnego, łącznie z badaniem moczu, które wykazało objawy ostrego zapalenia nerek, skłoniły lekarza oddziałowego, który pierwszy badał chorego, do wykonania upustu krwi, a to skutkiem zupełnie logicznego przypuszczenia, że chodzi o mocznicę w przebiegu ostrego zapalenia nerek. Badając chorego w czasie wizyty popołudniowej, w kilka godzin po przyjęciu na oddział, doszedłem do przekonania, że to zapalenie nerek, nie ulegające żadnej wątpliwości (białka 7‰), jest objawowe i toczy się na tle zapalenia opon; sztywność bowiem karku była bardzo wyraźna, a ciepłota podwyższona znacznie (39—38·5) przy stosunkowo wolnem tętnie (około 70). Dopiero przy końcu życia przyspieszenie tętna do 120 uderzeń na minutę. Śmierć w stanie bezprzytomnym w siódmym dniu choroby.

Rozpoznanie sekcyjne brzmiało, jak następuje: Leptomeningitis tuberculosa basilaris. Tuberculosis nodosa gland. lymph. mediastini. Bronchitis catarrhalis diffusa. Tuberculosis miliaris hepatis. Degeneratio adiposa hepatis. Nephritis acuta. — Nerki były wiotkie, soczyste, kora żółtawa, rysunek zachowany. Mikroskopowe badanie nerek wykazało zwyrodnienie miąższowe i początek sprawy zapalnej ostrej. W kilku gruczołach limfatycznych śródpiersia grudki poczęści tylko żółtawo zabarwione, przeważnie szarawe, dochodzące wielkości ziarna soczewicy. W wątrobie na powierzchni nieliczne prosowate gruzełki. Zresztą, prócz zapalenia opon na podstawie mózgu, nigdzie indziej zmian gruźliczych nie stwierdzono.

III. Katarzyna M. służąca, przybyła do szpitala w stanie zupełnej nieprzytomności, tak że zebranie wywiadów było zupełnie niemożliwe. Przy badaniu przedmiotowem stwierdzono wyraźną sztywność karku, bardzo znaczne podwyższenie ciepłoty (39·8—40·6), drobne bardzo przyspieszone tętno (120), oraz zapalenie rogówki. W moczu, odprowadzonym cewnikiem, obraz właściwy ostremu zapaleniu nerek. Śmierć trzeciego dnia pobytu w szpitalu. Opierając się na wymienionych powyżej objawach przedmiotowego badania, rozpoznał prymaryusz oddziału, co następuje: »Meningitis purulenta. Keratitis dextra. Nephritis acuta. Dilatatio cordis«.

Rozpoznanie to stwierdzone zostało następnie przez badanie pośmiertne w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jag. W protokole sekcyjnym zapisano:

Leptomeningitis pneumococcica purulenta cerebrospinalis, praecipue ad basim cerebri. Pyocephalus internus acutus. Bronchopneumonia catarrhalis lobularis disseminata lobi inferioris pulmonis utriusque. Tumor lienis levioris gradus acutus. Fragmentatio myocardii. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Nephritis parenchymatosa acuta recens.

Przystępując do bliższego rozpatrzenia trzech powyżej naszkicowanych przypadków, zaznaczyć należy przedewszystkiem, że we wszystkich nie podobna było przeoczyć ostrego zapalenia nerek; w przypadku pierwszym mieliśmy nawet zapalenie krwotoczne. Łatwość, z jaką cierpienie to rozpoznać się daje, może stać się niekiedy źródłem błędu. Wychodząc bowiem z tego rozpoznania, można byłoby ból głowy, zawroty, ćmienie przed oczyma, wymioty, utratę świadomości, zwolnienie tętna, kłaść na karb rozwijającej się pod wpływem zapalenia ostrego nerek, mocznicy i tym sposobem całe rozpoznanie wyczerpać. Przeciw jednak takiemu pojmowaniu sprawy przemawiały głównie dwa objawy, we wszystkich trzech przypadkach wyraźnie zaznaczone: sztywność karku, oraz trwałe — przy zwolnionem względnie tętnie — podniesienie ciepłoty. Zespół tych dwóch objawów naprowadził rozpoznanie na właściwe tory, pozwalając odnieść ostre zapalenie nerek — jako powikłanie — do toczącego się zapalenia opon mózgu, co też badanie pośmiertne we wszystkich trzech przypadkach potwierdziło.

Nie zamierzając kreślić symptomatologii zapalenia opon mózgowych, muszę ze względu na zajmujące nas tu przypadki, gdzie obraz zapalenia opon, skutkiem równoczesnego powikłania nerkowego, zostaje niejako w cieniu, zwrócić uwagę na jedną okoliczność.

Mimo, że wszystkie niemal objawy, spostrzegane w przebiegu zapalenia opon mózgowych, dają się wytłómaczyć zmianami anatomicznemi w ośrodkowym układzie nerwowym, nie są one wszystkie pod względem patognomonicznym równorzędne. Mimo, że takie objawy, jak ból i zawrót głowy, wymioty, zwolnienie tętna, podniesienie ciepłoty, są w tych razach również mózgowego pochodzenia, mają one dużo ogólniejsze znaczenie, stoją zatem w rozpoznaniu zapalenia opon dyagnostycznie znacznie niżej, niż ogólna przeczulica, objaw Kerniga, a przedewszystkiem sztywność mięśni karku i kręgosłupa. Objawy zatem pierwszej grupy nie mają wcale tej swoistości, która cechuje objawy grupy drugiej; pomiędzy znów tymi sztywność mięśni karku i kręgosłupa wybija się na plan pierwszy, jako objaw nietylko bardzo znamienny i stały, ale także stosunkowo bardzo wcześnie występujący. Rozpoznawczo niemal równorzędny jest objaw Kerniga, występujący jednak zwykle później, niż sztywność karku. Przeczulicy przypada mojem zdaniem dopiero trzecie miejsce; nie jest ona, przynajmniej, gdy chodzi o wyższy stopień, a taki tylko może być w tej mierze rozpoznawczo zużytkowany, objawem stałym; w natężeniu zaś nieznacznem nie jest przeczulica niczem znamiennem dla zapalenia opon, gdyż spotykamy ją w całym szeregu innych chorób, jakoto u osób nerwowych, w grypie, widzimy nieraz pewną nadczułość dotykową, zwłaszcza mięśni łydkowych, przeczulicę zmysłową np. przy migrenie; ogólną i to znacznego stopnia przeczulicę spotykał Lewkowicz w przebiegu gruźlicy prosówkowej u dzieci.

Pierwszorzędna wartość rozpoznawcza objawu sztywności karku skłania mnie do omówienia go w kilku słowach. Patogeneza objawu tego nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona; to pewna, że chodzi tu o przeniesienie się sprawy zapalnej najczęściej przez ciągłość (per continuitatem) z opon na korzonki nerwowe lub, jak sobie niektórzy wyobrażają, o ucisk elementów nerwowych przez wytwarzający się wysięk. Według Leubego wchodzi tu w grę przedewszystkiem zajęcie nerwu dodatkowego Wilizyusza, niewątpliwie jednak więcej w grę wchodzi splot szyjny, unerwiający jak wiadomo mięśnie prostujące kark (splenius capitis, longissimus cervicis, longissimus capitis i rectus capitis), gdy nerw dodatkowy Wilizyusza zaopatruje mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy i kapturowy (trapezius), które w stężeniu mięśni karku grają w każdym razie rolę drugorzędną, a nawet — według niektórych — zupełnie w tem nie biorą udziału.

Stężenie karku i dołączające się później często stężenie całego kręgosłupa występuje nieraz już w drugim dniu choroby i jest, pominąwszy wyjątkowe przypadki t. zw. meningizmu [10]), (o czem niżej obszerniej będzie mowa) — zupełnie charakterystyczne dla ostrej zapalnej sprawy mózgowia, a więc przedewszystkiem opon, wyjątkowo i samego mózgu (encephalitis). Niektórzy autorowie (Jochmann) twierdzą, że objawu tego brak u małych dzieci, względnie, że z powodu wątłości mięśni trudno go wykryć, gdyż wątłość mięśni warunkuje brak napięcia. Wedle naszych spostrzeżeń, opartych wyłącznie na obserwacyi dorosłych chorych, objaw ten jest zupełnie stały, tak że brak objawu tego w ciągu całej choroby przemawia, mimo innych podejrzanych objawów, przeciw zapaleniu opon mózgu. Aby sztywności karku w zapaleniu opon brakło, nie stwierdziliśmy nigdy; osobiście jestem też przekonany, że odmienne spostrzeżenia innych autorów polegają na nieuwzględnieniu tej okoliczności, iż czas utrzymywania się tego objawu jest bardzo różny. I tak w przypadku pierwszym, powyżej podanym, (dotyczącym Maryi O.), w którym na zasadzie niemal tego objawu mogłem w mieszkaniu chorej rozpoznać zapalenie opon, nie można było w szpitalu w kilkanaście godzin później sztywności karku już wcale stwierdzić, co dało powód do 2 innych rozpoznań, a mianowicie rzucawki i mocznicy. Jestem też przekonany, że rzekomo nie rzadki brak tego objawu jest pozorny i polega na tem, że niejednokrotnie w okresie, w którym chory dostał się pod obserwacyę lekarską, już objaw ten ustąpił [11]). Długość bowiem czasu, w ciągu którego objaw ten się utrzymuje, bywa bardzo różna.

Jako przeciwstawienie do powyżej naszkicowanego przypadku mogę przytoczyć trzy inne, które dziwnym zbiegiem okoliczności równocześnie w ciągu ostatnich tygodni mieliśmy sposobność spostrzegać na oddziele. Dwa dotyczyły t. zw. zapalenia opon nagminnego, w trzecim było

---

[10]) Od meningizmu należy odróżnić rzekome zapalenie opon histeryczne (pseudo-meningitis hysterica), które zwykle nietrudno jako objaw histeryi rozpoznać.

[11]) Tem tłómaczę sobie twierdzenie Fischera (Über die tuberculose Meningitis. Münch. med. Woch. 1910 Nr 20), który na podstawie wielkiej, bo 260 przypadków wynoszącej statystyki, zebranej w ciągu lat 20 w szpitalu, dochodzi do przekonania, że sztywności karku może czasem nie być. (Co do objawu Kerniga, to spotykał brak jego często).

zapalenie gruźlicze, co już badanie płynu za życia wykazało, a sekcya potwierdziła.

Otóż w przypadku pierwszym, który zakończył się wyzdrowieniem zupełnem i drugim, który i obecnie jeszcze obserwujemy, sztywność karku utrzymywała się całe tygodnie, w trzecim, dotyczącym zapalenia gruźliczego, ustąpiła na dwa dni przed śmiercią.

Sądziłbym, że mimo pewnych niedoborów w teoretycznem uzasadnieniu powstawania sztywności karku, można się przecie już dzisiaj pokusić o teoretyczne uzasadnienie powyżej naszkicowanej zmienności, dotyczącej czasu utrzymywania się sztywności karku, w poszczególnych przypadkach zapalenia opon.

Z badań Liebermeistra i Lebsafta [12]) wynika mianowicie, że w przebiegu zapalenia opon — i to nietylko t. zw. nagminnego, ale i gruźliczego — o ile tylko prócz opon mózgu zajęte są i opony rdzenia, sprawa zapalna z opon przechodzi na sam rdzeń, a mianowicie przedewszystkiem na jego część przybrzeżną, zajmując korzonki tylne, oraz tylne powrózki białej substancyi. Wyrazem tego zajęcia jest przedewszystkiem obrzęk, a następnie rozpad tłuszczowy włókien osiowych i otoczki. Przy postępie sprawy dopiero ulegają zwyrodnieniu komórki istoty szarej rogów przednich, a wreszcie powrózki przednie i boczne substancyi białej. Do podobnych wyników doprowadziły też badania, ogłoszone przez Ludwiga [13]), który zwłaszcza w przypadkach zapalenia opon, przebiegających z zanikami mięśniowymi, stwierdził zmiany w zakresie rogów przednich szarej substancyi, podobnie jak w przebiegu zapalenia rogów przednich (poliomyelitis anterior); stwierdza to przeto słuszność poglądów Wickmana, że granica między temi dwoma chorobami bywa niekiedy zatarta.

Łatwo sobie wyobrazić, że o ile stan podrażnienia zapalnego miarodajnych dla omawianego objawu elementów nerwowych, wyrażający się obrzękiem, może być podnietą do powstania sztywności, o tyle następowy ich rozpad tłuszczowy i przeniesienie się sprawy zwyradniającej na rogi przednie istoty szarej musi, przez następczo rozwijające się w danym zakresie porażenie wiotkie, pociągnąć za sobą ustąpienie sztywności karku.

W oświetleniu tych badań staje się zupełnie jasnem, dlaczego czas trwania sztywności karku w poszczególnych przypadkach omawianej choroby podlega takim wahaniom; staje się zrozumiałem, dlaczego zniknięcie tego objawu samo w sobie pod względem rokowania zużytkowane być nie może, a nie może dlatego, gdyż może być zarówno wyrazem postępowania i szerzenia się, jak słabnięcia i cofania się samej sprawy zapalnej. Wspomnę jeszcze tylko, że cenny ten objaw nabiera jeszcze więcej wartości, gdy chodzi o odróżnienie zajmującej nas w tej chwili rzekomo mocznicowej postaci zapalenia opon mózgu od mocznicy; w tym względzie nie ustępuje on co do ważności nawet wnioskom, wyciąganym z badania płynu mózgowo-rdzeniowego, której to metodzie tak wiele nauka zawdzięcza, a badanie objawu tego nawet przez tę metodę — nie zawsze dla lekarza dostępną — zastąpić się nie da. Wiemy bowiem z pracy Chauffarda [14]), że przewaga ciałek wielojądrzastych w osadzie (polynucleosis) może, jako objaw przejściowy, wystąpić i w przebiegu mocznicy; wiemy dalej, że w przebiegu mocznicy ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego może również być podniesione, że wreszcie wyjątkowo mogą być aseptyczne płyny mózgowo-rdzeniowe przyrody niewątpliwie zapalnej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[12]) Liebermeister und Lebsaft: Über Veränderungen der nerv. Elemente am Rückenmark bei Meningitis cerebr. spin. epidem. (Münch. med. Woch. 1909 Nr 18).

[13]) Ludwig: Uber Veränderungen der Ganglienzellen des Rückenmarks bei Mening. cer. epid. (Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilkunde 1907 Bd. 32).

[14]) Chauffard: Urémie aiguë et polynucléose rachidienne. (La semaine medicale Nr 46; 1907).

Ze Szpitala powszechnego w Krośnie.

Założenie przetoki jelitowej z powodu porażenia jelit w przypadku rozlanego zapalenia otrzewnej

podał

Dr Z. Lewicki.

Dyrektor szpitala.

Dnia 29. IX. 1912 wieczorem przywieziono do tutejszego szpitala chorą P. Ż. z Jabłonicy z rozpoznaniem ostrej niedrożności jelit.

Wywiady: Choroba rozpoczęła się przed 10 dniami nagle wśród gwałtownych bólów brzucha, wymiotów, zaparcia stolca i wiatrów; od tego czasu do dnia dzisiejszego wymioty po każdem jedzeniu, silne bóle brzucha i zupełne zatrzymanie stolca.

Stan obecny: Chora, lat 20, dobrze zbudowana i odżywiona, w zapadzie, ciepłota ciała niżej prawidłowej, tętno słabo napięte, miękkie, niepoliczalne. Oddech szybki, piersiowy. Brzuch jednostajnie wzdęty, powłoki brzuszne napięte, wszędzie jednakowa bolesność z wyjątkiem okolicy kątniczo-biodrowej prawej, gdzie chora na ucisk oddziaływa napięciem mięśniowem i krzykiem. Stawiania się jelit lub wzdęcia mięśniowego zauważyć nie można; również osłuchiwaniem nie można stwierdzić żadnych zgoła ruchów jelit, ani też przelewania się treści pokarmowej, słowem: t. zw. »Grabesstille« niemieckich autorów. Zresztą płuca, serce i t. d. bez żadnych zmian chorobowych.

Z rozpoznaniem: Appendicitis perforativa subsequente peritonitide diffusa, przystąpiłem natychmiast do operacyi.

Cięciem skośnem w środku między prawym kolcem k. biodrowej a pępkiem otwarto jamę brzuszną, z której wydostaje się duża ilość płynu ciemnego, mętnego, jednak nie ropnego. Jelito ślepe i pętle jelitowe przyległe, dostępne dla oka, silnie rozdęte, przekrwione i pozlepiane świeżymi złogami włóknika. Przy ostrożnem rozdzielaniu zlepów wydobyto z miednicy małej wyrostek robaczkowy w całości obrzękły, silnie przekrwiony, z licznemi drobnemi wybroczynami podsurowiczemi, długości do 15 cm., nigdzie w swej ciągłości nie naruszony. Przydatki wolne, nie zajęte, taksamo macica mała, wolna.

Wyrostek zresekowano, a jamę brzuszną zaszyto z pozostawieniem w dolnym kącie rany małego paska gazy wyjałowionej, który sięgał aż do szwu na jelicie ślepem.

Stan operowanej po zabiegu zgoła nie uległ zmianie. Wymioty utrzymują się nadal, stolca i wiatrów brak; tylko drugiego dnia po operacyi po założeniu grubego drenu z gliceryną do kiszki stolcowej odeszła skąpa ilość wiatrów. Stan ten utrzymuje się bez zmiany przez trzy dni z tem,

że chora mimo energicznych stosowań wysokich wlewań gliceryny i soli kuchennej stolca niema, że mimo przepłukiwania żołądka wymioty nie ustają. Również wstrzyknięcie hormonalu pozostało bez skutku. Wobec tego, jak i ze względu na stan chorej, który stale się pogarszał, przystąpiłem do ponownej operacyi. Nie wierząc w dobry wynik ponownego zabiegu, już choćby ze względu na zły stan chorej, zdecydowałem się jednak nań tem szybciej, że osłuchując stwierdzić można było w jelitach »tony dźwięczne« przelewającej się treści pokarmowej. Sądziłem zatem, że może prócz ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, stwierdzonego przy operacyi, a któremu to zapaleniu przy nienaruszonym wyrostku zdawały mi się nie odpowiadać tak silne zapalenie otrzewnej i porażenie jelit i tak ciężki zapad, zachodzi jakaś przeszkoda mechaniczna, którą należy usunąć. Cięciem zatem w linii środkowej ciała, długiem na 15 cm., otwarłem jamę brzuszną. Wszystkie jelita pozlepiane świeżymi złogami włóknika, silnie przekrwione i rozdęte; mimo skrupulatnego przeszukiwania całej jamy brzusznej nie znaleziono żadnej przeszkody w krążeniu treści pokarmowej. Wobec tego zdecydowałem się na założenie przetoki jelitowej (enterostomii), a mianowicie najniżej położoną i najbardziej rozdętą pętlę jelitową obszyłem szwem kapciuchowym lambertowskim, szew zawęźliłem, nie ściągając jednak całkowicie węzła, w środku tegoż szwu naciąłem jelito aż do światła i wsunąłem dren grubości ołówka i wtedy dopiero ściągnąłem szew (mniej więcej na sposób zakładania przetoki żołądkowej metodą Kadera). Spodziewałem się bowiem, że w razie pomyślnego przebiegu po usunięciu drenu, powierzchnie surowicze, stykające się bezpośrednio, wygoją mi w ten sposób przetokę.

Przy zakładaniu drenu prócz skąpej ilości kału wyszła nieco większa ilość gazów. Dwoma szwami umocowałem jelito w otrzewnej ściennej i jamę brzuszną aż po dren zaszyłem zupełnie. By zapobiedz wypadnięciu drenu, przyszyłem go jednym szwem do skóry. Obok łóżka chorej kazałem umieścić naczynie szklane, w które wpuściłem dren.

Bezpośrednio po ostatnim zabiegu stan chorej uległ zupełnej zmianie: przestała wymiotować mimo podawania obfitej ilości płynów, tętno stało się pełniejsze, policzalne, 110 na minutę. Przez dwa dni następne jednak stolców mimo wlewań wysokich nie można było wywołać. Natomiast przez dren odeszło przeszło 250 gr. kału płynnego dwa do trzy razy dziennie. Dwa razy dziennie przepłukiwałem przez dren jelita rozczynem fizyologicznym soli kuchennej, a do kiszki stolcowej raz dziennie zakładano gruby dren z gliceryną. Trzeciego dnia poleciłem podać chorej olej rącznikowy i równocześnie uciskadłem zacisnąć dren celem przekonania się o drożności jelit. W kilka godzin potem pojawiły się obfite wypróżnienia. Wobec tego dren natychmiast usunąłem.

Następne dwa dni opatrunki były przesiąknięte dość obficie treścią jelitową, od trzeciego dnia coraz mniej; a około tydzień później mimo tego, że poleciłem chorej wstać z łóżka i chodzić, na opatrunkach nie pojawiała się ani kropla treści jelitowej. W 5 tygodni później chora opuściła szpital zupełnie zdrowa bez żadnych objawów ze strony jelit.

Przypadek ten ogłaszam dla dwóch powodów: 1) Wskazuje on, jak ciężkie mogą być objawy i jak groźne powikłania przy ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, bez jego przedziurawienia, oraz że 2) założenie przetoki jelitowej w przypadku zupełnego porażenia jelit przy rozlanem zapaleniu otrzewnej może uratować życie chorego.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

H. Roger. **Funkcye płuc.** (Presse medic. 1912 Nr 92). Autor we wstępnym wykładzie przy rozpoczęciu bieżącego roku akademickiego porusza sprawę funkcyi i znaczenia płuc. Mimo, że nie wszystkie poruszone przez autora myśli są nowe, niezawsze samodzielne i niekiedy gruntowniej jeszcze nieuzasadnione, pozwalam sobie nieco dokładniej streścić ten wykład ze względu na ważność (obok małej ogólnej ich znajomości) poruszonych w nim problemów.

Po zwróceniu ogólnem uwagi na ważność oddychania wogóle, na sprawę oddychania zewnętrznego i wewnętrznego, po omówieniu sprawy oddychania u istot najniższych, autor nieco obszerniej zastanawia się nad sprawą oddychania bakteryi — zarówno tlenowców jak i beztlenowców — i podnosi, że beztlenowce do swego istnienia również potrzebują tlenu, który jednak pobierają nie z powietrza, lecz z substancyi organicznych, rozkładając je i uwalniając z nich tlen. To oddychanie anaërobowe jest zresztą zjawiskiem ogólnem, dającem się wykazać nawet u istot najwyższych i ujawniającem się w redukujących własnościach różnych tkanek; jednakże samo to oddychanie anaërobowe wystarcza tylko dla bardzo małej grupy istot, natomiast przeważna ich ilość dla swego istnienia potrzebuje prócz tego powietrza atmosferycznego, oddychania aerobowego, które pozornie jest jedynem źródłem procesów utleniających w ustroju.

Bez względu na pochodzenie tlenu, oddychanie komórek doprowadza do wytwarzania bezwodnika kwasu węglowego, który zostaje wydalony na zewnątrz; zatrzymany zaś w ustroju, rychło wywołuje śmierć tego ustroju.

Ta wymiana gazów u istot najniższych odbywa się za pośrednictwem powłok zewnętrznych, u zwierząt wyższych za pośrednictwem pewnych narządów, jak tchawki, skrzela, płuca. Jednakże nawet jeszcze u pewnych kręgowców istnieją obydwa typy oddychania, skórny i płucny. Tak np. dzięki istnieniu oddychania skórnego żaby po wycięciu im obydwu płuc istnieć mogą dalej zupełnie dobrze. Podnieść przytem należy, że przy oddychaniu skórnem wymiana gazów zdaje się odbywać na podstawie zwykłych praw fizycznych, natomiast w płucach, jak to wynika z prac Christiana Bohra, zdaje się ona mieć charakter sprawy wydzielniczej, podległej działaniu układu nerwowego. Prócz tego nabłonek pęcherzyków płucnych zdaje się posiadać nawet pewne własności wybiórcze, jak za tem przemawia jego nieprzepuszczalność w żadnym kierunku dla amoniaku. Wogóle jednakże nabłonek ten jest przenikliwy dla przeważnej ilości substancyi lotnych, czemu zawdzięczamy wydalanie ich przez drogi oddechowe. Dzięki temu płuca służą nietylko do oddychania, lecz przez wydalanie z ustroju gazów trujących chronią ustrój przed zatruciem tymi gazami.

Prócz tego płuca na podobieństwo wątroby posiadają własność zatrzymywania i zobojętniania różnorodnych krążących w krwi substancyi trujących. Tak np. żaba z wyciętą wątrobą lub żaba z wyciętemi płucami, wrzucona do wody z domieszką strychniny, natychmiast dostaje drgawek, natomiast żaba prawidłowa zjawisku temu nie ulega. Wstrzyknięcie zwierzętom ssącym jakiejś substancyi trującej do żyły obwodowej wymaga do zabicia zwierzęcia 2—3 razy większej dawki, niż wstrzyknięcie tejże trucizny do tętnicy szyjnej: w pierwszym przypadku znaczna część tej trucizny przy przechodzeniu przez krążenie płucne ulega zobojętnieniu. Zjawisko to jednakże występuje tylko w tym razie, jeżeli do płuc dochodzi tlen; jeśli zwierzę np. znajduje się w atmosferze wodoru, to płuca tego ochronnego działania nie wywierają, co zdaje się dowodzić, że zobojętnianie substancyi trujących w płucach jest zależne nie od wydychania tych substancyi, lecz od bezpośre-

dniego działania na nie tlenu. Ponieważ przez płuca przepływa wszystka krew ustroju, gdy natomiast przez wątrobę przechodzi tylko krew z przewodu pokarmowego, autor sądzi, że ze względu na zobojętnianie trucizn płuca mogą mieć nawet większe znaczenie dla ustroju, aniżeli wątroba.

Opierając się na tem, że w płucach stwierdzono niejednokrotnie obecność różnych zaczynów, oraz na bardzo energicznem działaniu wyciągów z płuc (w stanie zgęszczonym wywołują one skrzepnięcie krwi w całym układzie żylnym; wyciąg z 0,06 tkanki płucnej ma wystarczać do zabicia zwierzęcia), autor sądzi, iż płuca należą do narządów o bardzo energicznem wydzielaniu wewnętrznem. Przytem podkreśla autor, że zgęszczone wyciągi z tkanki płucnej wywołują ogólne skrzepnięcie krwi w układzie żylnym, natomiast pod wpływem wyciągów rozcieńczonych krzepliwość krwi staje się mniejszą. U żaby z wyciętemi płucami po odcięciu np. kończyny krew szybko wypływa z przeciętych naczyń aż do zupełnego zniedokrwienia zwierzęcia, u żaby zaś normalnej w tych samych warunkach rychło tworzą się skrzepy, tamujące krwotok. Na tych podstawach dochodzi autor do wniosku, że wycięcie płuc u żaby wywołuje zmniejszenie krzepliwości krwi i że płuca wogóle wywierają pewien wpływ na krzepliwość krwi.

Prócz tego na podstawie badań własnych i innych autorów dochodzi autor do przekonania, że płuca odgrywają również ważną rolę w walce z drobnoustrojami, dostającymi się do płuc zarówno drogą oddechową, jak i drogą krwi, że wogóle funkcye płuc są bez porównania więcej różnorodne i więcej złożone, niżeli się to ogólnie przyjmuje i że oprócz funkcyi głównej, oddechowej, płuca wypełniają także cały szereg innych, mniej lub więcej ważnych zadań. G.

Medycyna wewnętrzna.

Mazzitelli. **Nowy odczyn Salomona-Saxla, zależny od siarki wydalanej w moczach osób cierpiących na raka** (Riforma med. Nr 30 1912). Salomon i Saxl zwrócili uwagę na odczyn w moczu, zależny od obojętnych połączeń siarki, a wypadający według ich doświadczenia dodatnio w 70% przypadków raka. Polega on na utlenieniu zapomocą perhydrolu jednego ze składników grupy siarki obojętnej, po strąceniu siarki utlenionej przez chlorek baru. Odczyn jest dodatnim, gdy po upływie 12—14 godzin utworzy się na dnie kieliszka osad brunatny, będący strąconym siarkanem baru, zabarwionym barwikami moczu. Według S. i S. wynik odczynu nie zależy od ilości i jakości pokarmów, ani nawet, do pewnego stopnia, od zgęszczenia moczu. Używanie kreozotu i antypiryny zamąca odczyn. Za źródło pochodzenia siarki, strąconej tą metodą, uważano z początku siarko-sinki alkaliczne i podsiarczyny, znajdujące się w moczu, a nadto taurynę i substancye pokrewne cystynie. Prawdopodobnie jednak siarka pochodzi tu z rozkładu białka tkanek. M. postawił sobie za zadanie stwierdzenie, czy to połączenie siarki, dające się wykazać sposobem S. i S., nie jest przypadkiem wyrazem charłactwa ustroju, zwłaszcza zaś istnienia w nim nowotworu złośliwego. Badania swoje wykonał M. nietylko w przypadkach raka rozmaitych narządów i w rozmaitym okresie rozwoju, lecz i w innych stanach chorobowych, wywołujących charłactwo, jak cukrzyca, gruźlica, niedokrwistość, kiła i inne. Badania M. stwierdziły, że odczyn ten jest rzeczywiście dodatni w 70% przypadków raka i do pewnego stopnia nie zależy od charłactwa, gdyż nieraz był dodatni w przebiegu raka, który jeszcze nie wywołał charłactwa. Nie można natomiast twierdzić, że odczyn ten jest swoisty dla raka, gdyż bywał dodatni także i przy innych zmianach chorobowych, zwłaszcza przy gruźlicy. Dr T. T.

Perussia. **O znaczeniu rozpoznawczem zmienionego ruchu robaczkowego przy nowotworach żołądka** (Riforma medica Nr 26 1912). Rozpoznanie rentgenologiczne nowotworów żołądka opiera się na danych anatomicznych i czynnościowych. Najważniejszym objawem pierwszej grupy jest niedokładne wypełnienie żołądka zawiesiną bizmutu, co daje odpowiednio zmieniony cień na ekranie. Drugą zaś grupę danych cechują przedewszystkiem objawy zmienionej czynności ruchowej, wyrażające się przyspieszonem lub opóźnionem opróżnianiem się żołądka, zależnie od zwężenia, względnie niedomogi odźwiernika, i nieprawidłowem zachowaniem się ruchu robaczkowego żołądka. Bardzo wielkie znaczenie rozpoznawcze ma według P. właśnie zachowanie się ruchu robaczkowego. Objaw ten nie zależy od zmian wywołanych zwężeniem odzwiernika, a daje się wykazać promieniami Röntgena nawet pod nieobecność innych cech nowotworu. W warunkach prawidłowych zaraz, lub bardzo szybko po wprowadzeniu zawiesiny bizmutu do żołądka wykrywa badanie rentgenologiczne wciągnięcie krzywizny dużej w środkowej części, któremu odpowiada również podobne wciągnięcie krzywizny małej, tak, że oba razem odcinają pewną część cienia; wciągnięcia te następnie posuwają się ku odźwiernikowi, cień przez nie ograniczony ciągle maleje, aż wreszcie znika zupełnie przez skurcz części odźwiernikowej (antrum pyloricum). Te pola skurczu występują rytmicznie i okazują nawet w warunkach prawidłowych nietylko u różnych osób, ale nawet u tej samej osoby w rozmaitych okresach trawienia pewne różnice co do siły, częstości i głębokości wciągnięcia. W warunkach nieprawidłowych natomiast mogą fale skurczu posuwać się od odźwiernika ku wpustowi, co jest oznaką zwężenia odźwiernika, anatomicznego lub czynnościowego, mogą być nadzwyczaj głębokie i powolne przy przeroście warstwy mięsnej żołądka, mogą być gwałtowne i szybkie, jak przy wrzodzie trawiennym, mogą być wreszcie nader słabe przy niedowładzie żołądka. Wreszcie, — i P. na to kładzie główny nacisk, — fale skurczowe, które powstawszy prawidłowo w środkowej części dużej krzywizny, przesuwają się następnie ku odźwiernikowi, mogą się w pewnem miejscu zatrzymać, zmniejszyć, a nawet zniknąć zupełnie, tak że wcale nie następuje skurcz części odźwiernikowej, lub też wyzwalają tylko słaby jej bezowocny skurcz; albo, zatrzymawszy się jakiś czas, posuwają się następnie prawidłowo ku odźwiernikowi, czasem zaś wcale się nie wytwarzają, tak że żołądek wygląda jak twór sztywny. Zmiany te, niekiedy bardzo wyraźne, przedstawiają czasem nieznaczne tylko zboczenia. W przypadkach, gdzie są już inne objawy nowotworu, a więc niedokładne wypełnienie żołądka i jego cień nieregularny i zatarty, ma objaw Perussia znaczenie tylko pomocnicze; tam zaś, gdzie te objawy są bardzo słabo zaznaczone, lub też wcale ich niema, ma objaw Perussia znaczenie pierwszorzędne, zwłaszcza gdy chodzi o wczesne rozpoznanie nowotworu, lub też o rozpoznanie różniczkowe między nowotworem, a wrzodem okrągłym. Przez wczesne rozpoznanie rozumie P. naturalnie nie ten okres, gdzie nowotwór jeszcze jest bardzo drobny i ściśle odgraniczony, w którym to okresie żadnemi innemi metodami nie zdołano go jeszcze wykryć, lecz ten okres, gdzie zabieg chirurgiczny może jeszcze być pożyteczny. Czasem rozróżnienie wrzodu trawiennego od nowotworu jest niezmiernie trudne, tem bardziej, że żaden z objawów, jak wiek, wynik obmacywania, badanie treści i przebieg, nie jest rozstrzygający, zwłaszcza że nowotwór złośliwy często powstaje na tle wrzodu trawiennego. W tych przypadkach może pewne światło rzucić badanie promieniami Röntgena, a mianowicie wykrycie wspomnianych wyżej zmian ruchu robaczkowego. W przebiegu bowiem nowotworu daleko częściej zostaje zajęta warstwa mięsna, co właśnie rozstrzyga o czynności ruchowej, aniżeli przy wrzodzie okrągłym. Przyczyną tego jest, że tkanka nowotworu szeroko wciska się w ściany żołądka i wytwarza wielkie nacieki, natomiast wrzód wytwarza niewielką bliznę, która wprawdzie może wywołać objawy zwężenia, która jednak jest ściśle odgraniczona od zdrowych tkanek. I rzeczywiście badania P., odnoszące się do 20 przypadków wrzodu trawiennego, stwierdzonego operacyjnie, lub podczas autopsyi, czy też wresz-

cie zupełnie typowym przebiegiem, wykazały bez wyjątku prawidłowe zachowanie się fal skurczowych, a w paru tylko przypadkach świeżego zwężenia odźwiernika zauważył P. ruchy przeciwrobaczkowe. Natomiast w 15 przypadkach raka żołądka stwierdzał P. zawsze nieprawidłowe zachowanie się fal skurczowych w powyżej przytoczonej formie, i to tak przy równoczesnej obecności innych objawów rentgenologicznych nowotworu. jak i bez nich. Tak więc to nieprawidłowe zachowanie się ruchu robaczkowego żołądka ma wielkie znaczenie rozpoznawcze w kierunku zmian nowotworowych, zwłaszcza tam, gdzie przyroda zwężenia odźwiernika jest niejasna. Naturalnie objaw ten nie ma znaczenia bezwzględnego, ale zdarza się bardzo często i wybitnie przy nowotworze, co się tłómaczy warunkami anatomicznymi. Dr T. T.

Chirurgia.

Lenenberger: **O rozwoju nowotworów, spostrzeganym pod wpływem przemysłu farbierskiego**. (Beitr. z. kl. Chir. 80, II). Na podstawie obfitego materyału z kliniki bazylejskiej (przemysł farbierski kwitnie bardzo w Bazylei) podaje autor kilka cennych w tej sprawie uwag. Nowotwory powstają przeważnie w narządzie moczowo-płciowym; przeszło połowa nowotworów pęcherza, leczonych w klinice bazylejskiej, dotyczyła robotników z fabryk aniliny. Do nowotworów tych usposabiają następujące ciała chemiczne: arszenik, parafina, nafta, ter, toluidyna, safranina, dionisidyna, czerwień kongo, benzopurpuryna i t. p. Oczywiście przyjąć trzeba także istnienie usposobienia do nowotworu u danego osobnika. Robotnicy fabryk farbierskich zapadają 3 razy częściej na nowotwory pęcherza, niż inni ludzie. A.

Bayer: **Miejscowe leczenie ciepłem zapomocą pary** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 45) B. podnosi zalety leczenia parą w porównaniu z suchem gorącem powietrzem. Zabieg przy leczeniu suchem powietrzem jest większy i łatwo wywołać można oparzenia. Przyrządy, podane przez B., dozwalają grzać także sam grzbiet, bark i biodro, co przy skrzyniach z gorącem powietrzem jest utrudnione. Nadto przyrządy Bayera można dokładnie zawsze oczyszczać. Chorzy przenoszą działanie pary nad suche gorące powietrze, bo po stosowaniu suchego powietrza często występuje bolesne pieczenie wskutek parowania potu, czego przy parze nie ma. Szczególnie cenne usługi oddaje para w następowem leczeniu urazów stawów, po złamaniach i zwichnięciach, po operacyach ropowic i t. d. Leczenie to daje się też znakomicie kombinować z przyrządami do medyko-mechanoterapii. Przyrządy Bayera są rozkładane; można też kontrolować leczoną część ciała bez wyjmowania jej z przyrządu. A.

Lieber: **Oparzenia i ich leczenie** (Beitr. z. klin. Chir. L. XXXI). W leczeniu oparzeń chodzi przedewszystkiem o szybkie niszczenie, względnie usuwanie trucizn, powstałych w tkankach przez działanie wysokiej ciepłoty, dalej o podniesienie czynności serca, zwiększenie wydzielania moczu, a dalej miejscowo o łagodzenie bólu i gojenie ran. Na zasadzie obszernej statystyki szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu wykazuje autor, że wyniki leczenia stopniowo poprawiły się znacznie i śmiertelność się zmniejszyła. Dawniej stosowano przeważnie jodoform, bizmut, olej lniany z wodą wapienną, kąpiele ciągłe, przeciw bólom morfinę, obecnie zaś zasypuje się rany anestezyną przeciw bólom, zaś na rany ze znakomitym skutkiem stosuje się proszek nowojodyny i opatrunek jałowy. Zaniechano kąpieli i wstrzykiwań morfiny, a akcyę serca z bardzo dobrym skutkiem podnoszą wlewania rozczynu soli kuchennej, które zarazem wzmagają wydzielanie moczu. Nowojodyna działa odkażająco, nie drażni, nie wywołuje zatruć, wpływa bardzo dobrze na ziarnkowanie i następowe tworzenie się blizn, które pozostają gładkie i podatne. Wlewania stosuje się trzy razy dnia po litrze i więcej. Jeżeli cała skóra jest oparzona, stosować można lewatywy z rozczynu soli (co godzinę 100—150 grm). Z innych uwag autora zasługują na wzmiankę następujące: Ciepłota ciała nizka nakazuje źle rokować. Gorączka występuje zwykle w pierwszych czterech dniach. Niebezpieczeństwo dla życia istnieje w ciężkich przypadkach do tygodnia. K.

Jaklin. **W sprawie zapobiegania zakażeniu w chirurgii**. (Wien. klin. Woch. 1912. Nr. 51). Autor jest stanowczym zwolennikiem oddzielenia chirurgii aseptycznej od septycznej celem uzyskania jak najlepszych wyników. Po przytoczeniu danych z literatury i swych spostrzeżeń praktycznych wysnuwa wnioski, że 1) zarazki w świecie zewnętrznym spotykane nie posiadają z reguły wielkiej żywotności i dlatego nie są dla ran niebezpieczne; 2) dopiero po przejściu przez ranę zakażoną lub ustrój zakażony zyskują zarazki na żywotności i są zdolne po przeniesieniu nawet małej ich ilości ranę zakazić; 3) tylko przez odpowiednie zapobieganie można ranę przed zakażeniem uchronić; zwykłe środki zapobiegawcze nie są wystarczające, ponieważ przenosicieli zarazków albo wcale wykluczyć nie można, albo tylko z wielką trudnością; 4) najradykalniejszym a zarazem najprostszym środkiem zapobiegającym zakażeniu jest zupełne unikanie chirurgii septycznej. W ten sposób udaje się pewnie uchronić wszystkie rany przed zakażeniem i osiągnąć zagojenie doraźne. Ju. W.

Higiena.

(Z posiedzeń sprawozdawczych lekarzy miejskich w Krakowie).

Dobrzyński: **O gospodarce samorządowej w sprawie mieszkań**. (Zdrowie Nr. 6. 1912). Sprawa odpowiednich niedrogich mieszkań jest obecnie przedmiotem rozpraw zarządu niemal wszystkich miast. Głód bowiem mieszkaniowy dotyka przeważną część mieszkańców, bo 80—90% tworzących właściwie klasę średnią i niezamożną. Średni czynsz za izbę jest u nas znacznie wyższy, niż gdzieindziej w Europie, a kres spekulacyi mieszkaniowej mogą położyć tylko rządy wydaniem ustawy, powstrzymującej spekulacye terenowe. Drożyzna mieszkań pociąga za sobą ciasnotę mieszkań i całe mnóstwo szkód pod względem higienicznym, estetycznym i etycznym.

W państwach zachodnich powstały osobne wydziały mieszkaniowe, jako nowa gałąź gospodarki miejskiej, otoczone wyjątkową opieką państw. Są to instytucye stałe, prowadzące statystykę mieszkań, usuwające wady mieszkań i domów. Nadto urząd ten zwraca uwagę na brak pewnego gatunku mieszkań i przedsiębierze środki zaradcze przez publiczny wykaz mieszkań w ogóle, oraz mieszkań wolnych, przez działalność gmin na polu budowy domów. Podwalinę działalności tego urzędu stanowi dział statystyczny, oświetlający stosunek chorobowości i śmiertelności do mieszkań, domów, dzielnic, więc regestracya domow, dalej wykazy peryodyczne, podające liczbę pokojów, pięter, cen mieszkań i stosunek mieszkań wolnych do ogólnej liczby wszystkich, co pozwala na wnioski o rynku mieszkań. W miastach niemieckich mieszkania podlegają obywatelskiemu nadzorowi, t. z. inspekcyi mieszkaniowej, której celem niedopuszczać do budowy, lub usuwać mieszkania szkodliwe zdrowiu lub obyczajności. Urząd to honorowy, a inspekcyę tę przeprowadzają obywatele sami, podlegający wydziałowi miejskiemu, wskazówkom inżyniera i lekarza. Nadto sami właściciele domów obowiązani są dostarczać wydziałowi miejskiemu danych, dotyczących mieszkań, a gdy wykażą, że liczba osób na jedną izbę przenosi 3, już deleguje się inspekcyę obywatelską. Dalszym zakresem działania wydziału mieszkaniowego byłyby starania o budowę mieszkań, domów i dzielnic, z uwzględnieniem mieszkań dla robotników, według doświadczenia nabytego już na zachodzie, a więc domku z ogrodem dla jednej rodziny, z zabezpieczeniem przeciw samowolnemu wypowiedzeniu mieszkania lub podwyższeniu ceny najmu. W sprawie tej najważniejszą rzeczą jest zawsze sprawa kapitału, co możnaby rozwiązać przez założenie miej-

skiego banku hipotecznego i rozumną politykę gruntową. Tu należy zakupno rozległych terenów otaczających miasto, co obniżyłoby ceny gruntów w ogóle, dostarczenie tym terenom dostatecznej komunikacyi tramwajowej, ujednostajnienie czasu pracy w szkołach, urzędach i t. p.

Dr Gólski

Bujwid: **Badanie samooczyszczających własności wody rzeki Wisły — na przestrzeni 209 kilometrów poniżej Krakowa.** (Zdrowie Nr 6. 1912). Autor zajmował się kilkakrotnie badaniem wody Wisły na różnych przestrzeniach. Obecnie przeprowadził badania w czerwcu (7—10 w 1911 r.), przy normalnym stanie wody, na przestrzeni 209 kilometrów, od Krakowa po Zawichost, biorąc próbki wody co 5 kilometrów i zasiewając nią zaraz na statku żelatynę Kocha. Po 2—3 dniach liczono kolonie. Do badań wód bieżących nadają się najlepiej miesiące normalnego stanu rzeki, a więc nie po gwałtownych przypływach, które zanieczyszczają rzekę ilością dopływów z powierzchni gruntu. Na płytkach otrzymuje się wtedy właściwe bakterye tlenowe, saprofity wodne, przeważnie nie rozpuszczające żelatyny. Obecność bakteryi fluoryzujących wskazuje na znaczne zanieczyszczenie wody, jak to stwierdzono pod Krakowem i w porcie w Sandomierzu. Z nieorganicznych substancyi znajdują się w wodzie zawieszone drobne cząstki mułu, gliny, tudzież resztki roślinne, które osiadając porywają ze sobą znaczną ilość bakteryi tak, że po pewnym czasie we Wiśle 30—50 kilometrów od Krakowa ilość bakteryi wraca do średniego poziomu, to jest do 200—300 bakteryi w 1 cm^3, a tem samem woda rzeki znacznie się oczyszcza. Do tego dołącza się jeszcze działanie pierwiastków, pochłaniających sporo chorobotwórczych i gnilnych bakteryi. Pewna część bakteryi ginie nadto pod wpływem powietrza i działania światła, szczególnie promieni pozafioletowych. Natomiast dopływy wód z powierzchni gruntu, ścieków, kanałów, sprawiają znaczne zanieczyszczenie bakteryami. Wyniki badań okazują, że ilość bakteryi w 1 cm^3 wynosi pod Krakowem 2.400, a zależy od dopływu zanieczyszczonej ściekami Rudawy i kanałów miejskich. Poniżej Krakowa, począwszy od 30 już kilometrów, zaczyna wyraźnie spadać ilość bakteryi, poczem znowu w porcie w Sandomierzu wzrasta ogromnie, do 38.000, natomiast w porcie w Nadbrzeziu po austryackiej stronie wynosi tylko 640. Port ten oczyszcza bowiem prąd przepływającej rzeczki. Dopływy: Raba, Dunajec, Wisłoka mają charakter wód górskich, czystych, z ilością bakteryi około 210. Bakteryi chorobotwórczych i gnilnych nie znaleziono w Wiśle, z wyjątkiem pod Krakowem i pod Sandomierzem, gdzie stwierdzono bakterye fluoryzujące.

Dr Gólski.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 4. XII. 1912.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 52.

1) Z powodu nadchodzącego 25-lecia »Nowin lekarskich« obrano ich redaktora, Dr Stanisława Łazarewicza z Poznania, jednomyślnie członkiem honorowym Towarzystwa.

2) Prof Kostanecki, prof. Browicz i prof. Rutkowski przedstawili okazy **torbielowato zmienionych wyrostków robaczkowych.**

W dyskusyi przemawiali prof Rosner, prof. Browicz i doc. Radliński.

3) Dr Zanietowski przedstawił **przyrządy zbudowane według własnej metody** oraz według postulatów międzynarodowej komisyi Zjazdów elektrologii, która tę metodę poleciła stosować w miejsce dawniejszych, a niedokładnych Pierwszy z tych przyrządów, skonstruowany według planów prelegenta przez firmę Reinigera, służy do celów elektrodyagnostycznych i składa się z przyjętych przez komisyę zbiorników elektryczności (0·01, 0,1, 1,10 mtr.), oporów (1000 i 2000 ohmów), elektrod (1 cm^2 i 100 cm^2), również konwencyonalnie przyjętych, oraz voltmetru, reduktora, przerywacza i komutatora. Przez klucz podwójny rozładowuje się kolejno zapomocą czynnej elektrody dodatniej lub ujemnej zbiornik o krótkiej fali i o długiej fali rozładowań, a wartości odczytane na voltmetrze, odpowiadające w tym przyrządzie wprost odnośnym ilościom elektryczności, przedstawiających ściśle określoną energię, notuje się albo w protokole klinicznym, albo na graficznym przyrządzie pomysłu prelegenta, zwanym »ekscytometrem« w przeciwieństwie do przyrządu głównego, zwanego »ekscytatorem«. Linie skośne, nakreślone na tym przyrządzie dla pewnej grupy nerwów prawidłowych (np. twarzowego, łokciowego i piszczelowego), stoją do siebie w pewnym stałym stosunku nachylenia, zwanym współczynnikiem goniometrycznym. Z poza tych ram wybiegają linie nerwów jedno- lub obustronnie nieprawidłowych, a to symetrycznie ku górze w razie zmniejszonej pobudliwości (np. w porażeniach obwodowych) lub ku dołowi (np. w tężyczce); asymetrycznie się zachowują podczas zwyrodnienia, a to w ten sposób, że koniec prawy linii, odpowiadający t. zw. »współczynnikowi natężenia« coraz bardziej obniża się ku dołowi, podczas gdy koniec lewy, odpowiadający t. zw. »współczynnikowi ilości elektr.« małym ulega zmianom, przez co sama linia może przebiegać prawie poziomo. Ten ostatni współczynnik zmniejsza się znacznie przy porażeniach rdzeniowych, mniej przy jądrowych, a prawie nic przy piramidalnych. — Dyssymetryczne przesunięcie linii obserwować można również przy cierpieniach nerwu wzrokowego, w syryngomyelii i przy dyssocyacyi wrażliwości na ból i dotyk. Wreszcie zauważyć się dają w powyższych przypadkach zmiany wartości energii optymalnej, odpowiadającej iloczynowi wspomnianych współczynników, a wśród zmian oporu i pojemności tkanek, wybitnych np. w chorobie Basedowa, sklerodermii i t. d., przesunięcie się samego optimum, odpowiadającego znowu ilorazowi tychże współczynników. Te ostatnie zmiany wskazują zwykle także na równorzędne zmiany przewodnictwa, wybitne np. w neurastenii lub wiądzie rdzenia. — Drugi z przyrządów, wykonany również według pomysłu prelegenta przez firmę »Veifa«, pozwala, prócz powyższych szczegółów, zastosować do celów leczniczych przy pomocy motoru i odpowiedniego transformatora rotacyjnego, rozładowania fal krótkich lub długich, odpowiadających faradycznym prądom »napięciowym«, działającym na czucie lub »ilościowym« działającym na narząd ruchowy, oraz przerw rzadkich, działających na przerost, i przerw szybkich, mogących spowodować nawet zanik. Również można otrzymać z tego przyrządu prąd stały, działający katalitycznie i elektrotonicznie, lecz wolny od t. zw. »spięcia ziemi«, prąd przerywany jedno- lub obustronny (undulacyjny i sinusoidalny), wybitnie działający na narząd krwionośny, i prąd szybko przemienny o nizkiem napięciu, znany pod nazwą prądu »elektronarkotycznego« w nowoczesnej elektromedycynie.

4) Dr Schlank: **O wyciągach z przysadki mózgowej.** (Rzecz, przeznaczona do druku).

Posiedzenie z d. 11. XII. 1912 r.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 50.

1) Prof. Dr Gliński przedstawił i omówił okaz makroskopowy i preparaty mikroskopowe z przypadku **potrójnego nowotworu w macicy.** Macicę tę wraz z częściami dodatkowemi operacyjnie usunięto u 48-letniej kobiety z powodu dochodzących znacznych rozmiarów włókniako-mięśniaków. Po rozcięciu macicy znaleziono prócz tego w szyjce macicznej guz kalafiorowaty wielkości orzecha włoskiego o budowie mikroskopowej raka gruczołowatego (adeno-carcinoma). Przy badaniu mikroskopowem wycin-

ków z włókniako-mięśniaków stwierdzono obok właściwego im utkania także miejscami utkanie już czysto-komórkowe o cechach, przemawiających za rozpoczynającem się mięsakowaceniem.

2) Dr Z. Wachtel (junior): **O stosowaniu benzolu w białaczce** (patrz »Przegląd lek. «1912 Nr 52). W dyskusyi zabrał głos Dr Bujak.

3) Dr Rosenhauch przedstawił przypadek **gruźlicy oka,** powstały **na tle urazu** u osobnika gruźliczego.

4) Dr Zubrzycki przedstawił ciężarną w 4. miesiącu, u której znajduje się **szpilka od włosów w macicy**. Szpilka ta służyła chorej do odprowadzania wypadającej pochwy i macicy.

W dyskusyi Dr Wojciechowski interpelował w sprawie leczenia danego przypadku.

5) Dr Nowaczyński: **O ciałkach przytarczycznych.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Sekretarka doroczna: Dr A. Markowa.

Posiedzenia naukowe lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 22. XI. 1912.

Przewodniczy dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 30.

1) Przewodniczący powitał gościa, prof. Ciechanowskiego, redaktora »Przeglądu lekarskiego«.

2) Zebrani przyjęli regulamin, ułożony przez Komitet.

3) Dr Markowa wygłosiła referat: **O przysadce mózgowej.** (ogłoszony w »Przeglądzie lek.« 1912).

W dyskusyi przemawiali: prof. Dobrowolski, Dr Glatzel, prof. Rutkowski i prelegentka.

4) Dr Blay przedstawia a) (preparat uzyskany drogą operacyjną) powiększoną **macicę z zaśniadem groniastym** w jej jamie; preparat ten jest z tego względu bardzo ciekawy, że mimo, iż sam zaśniad nie okazywał przemiany nowotworowej, to przerzut w pochwie miał utkanie nabłoniaka kosmówkowego złośliwego; b) preparat **nabłoniaka kosmówkowego** złośliwego w jamie macicy bez związku z zaśniadem groniastym; c) **włókniak** wielkości dużej pięści, wyłuszczony z szyjki **połogowej macicy**; prelegent omawia znaczenie włókniaków w ciąży, porodzie i połogu.

5) Dr Glatzel przedstawia przypadek **urazowego wrzodu goleni, leczony sposobem Pfannenstiela**. Chora dostaje NaJ wewnętrznie. Bezpośrednio na ranę zostaje, zapomocą knotów bawełnianych w płaszczu gumowym, stale doprowadzany perhydrol z kwasem octowym. Na powierzchni rannej zachodzi pomiędzy NaJ, wydzielanym z surowicą, a doprowadzonym perhydrolem odczyn, rozszczepiający NaJ i dający w rezultacie J »in statu nascendi«. Jod taki, jako bardzo silny środek odkażający, nader szybko ranę ożywia, oczyszcza ją, zmusza do bujnego ziarnkowania, a w końcu do pokrycia naskórkiem. W danym przypadku głębokie owrzodzenie o dość niezwyczajnych cechach trwa od miesiąca. Było silnie zanieczyszczone i mało miało skłonności do gojenia się. Zastosowany sposób leczenia Pfannenstiela (NaJ 3 pro die i 3% perhydrol) w 4 dniach ranę zupełnie oczyścił. Obecnie w 10. dniu leczenia dno zrównane z powierzchnią skóry, a od brzegów żywo nasuwa się naskórek.

W dyskusyi przemawiali prym. Dr Borzęcki i prym. prof. Rutkowski.

6) Dr Rychliński omawia cztery przypadki **wyłączenia odźwiernika z powodu wrzodu** tegoż względnie dwunastnicy, operowane przez prof. Rutkowskiego sposobem Wilmsa, z których dwa przedstawia; następnie w krótkich słowach porusza metody operacyjne wyłączenia odźwiernika, podane przez Eiselsberga, Biera, Bogolubowa, Girarda, Wilmsa.

W dyskusyi metody te omawia prof. Rutkowski.

7) Dr Rec przedstawia: a) Cztery przypadki **skręcenia pętli esowatej** (wiek chorych od 40—70 lat), operowane na oddziale chirurgicznym z wynikiem dodatnim, z których jeden już po raz drugi uległ temu samemu cierpieniu. Ze względu na bardzo lichy stan chorych operacya polegała tylko na otwarciu jamy brzusznej, odkręceniu pętli jelitowej i wprowadzeniu rurki przez otwór stolcowy aż do esicy. Prof. Rutkowski jest zwolennikiem, o ile chodzi o radykalne usunięcie przyczyny tego cierpienia, a są po temu warunki, wyłącznie tylko resekcyi esicy, natomiast na enteropeksye zapatruje się, jak wielu innych chirurgów, dosyć sceptycznie.

b) Następnie przedstawia R. preparat do olbrzymich rozmiarów rozszerzonego i przerosłego jelita grubego (**megacolon** — morbus Hirschsprungi), które pozostaje często w związku ze skręceniem esicy. W tym przypadku było to cierpienie przewlekłe u dziecka 10-letniego, operowanego przed paru laty przez prof. Rutkowskiego.

Sekretarze: Kosiński. Markowa.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 26. XI. 1912.

K. Chełchowski: **Choroby zakaźne i śmiertelność w Zakopanem.** Usiłowania Chałubińskiego stworzenia z Zakopanego uzdrowiska ściągały tu kilkakrotnie (np. w r. 1868, 1872—6) w większej liczbie publiczność, która jednak wkrótce się zraziła. Z okresów tych pochodzą wzmianki o zakładzie kąpielowym w Jaszczurówce, o zakładzie hydropatycznym Gonczarskiego w Kuźnicach. Sprawozdania ze szpitala w Zakopanem, księgi ambulatoryjne tego szpitala, księgi parafialne, prace ogłaszane o Zakopanem, zawiadomienia lekarskie o śmierciach i chorobach zakaźnych, nagromadzone w Klimatyce, pozwalają poniekąd odtworzyć historyę chorób zakaźnych w Zakopanem. Od r. 1848 przez Zakopane przeszły 3 ciężkie epidemie, to znaczy takie, że liczba śmierci w odpowiednich latach przewyższyła znacznie liczbę urodzeń. Najcięższa z nich w r. 1848 była to epidemia duru, zapewne osutkowego, na tle wielkiej epidemii duru głodowego w całej Galicyi po rzezi galicyjskiej. Następną i z kolei i pod względem złośliwości była epidemia czerwonki w r. 1855. Trzecia wreszcie, słabsza od tamtych, epidemia cholery w r. 1873. Od r. 1873, właśnie może od czasu większych zjazdów do Zakopanego i połączonego z nimi pewnego uporządkowania mieszkań, takich ciężkich epidemii już nie było. Czerwonka dawała jeszcze słabsze epidemie w r. 1862, 1874 i 1878. Odtąd niemal wygasła, aczkolwiek w Galicyi, w Krakowie, a często nawet i w powiecie Nowotarskim panuje endemicznie i daje częste nasilenia, które jednak do Zakopanego już nie docierają. Widocznie dość było ludności w Zakopanem otrząsnąć się z grubsza z niechlujstwa, a już miejscowe warunki klimatyczne objawiły w pełni swój wpływ hamujący na czerwonkę. Ospę Zakopane miewało kilkakrotnie, w r. 1861, 1871 (na tle pandemii ospy po wojnie francusko-pruskiej), w 1880 (przed ogólnem nasileniem ospy w Galicyi) i w 1895. W ostatnich 12 latach nie bywa jej wcale. Epidemie płonicy w Zakopanem są rzadsze i słabsze, niż w całej Galicyi, szerzą się słabo, zato trwają dłużej, zwykle 2 lata i pozostawiają po sobie sporadyczne przypadki. Epidemie te powtarzały się tu w r. 1876 i 1877, 1898 i 1899, 1905 i 1906. Od tej ostatniej epidemii płonica w Zakopanem wegetuje jakby endemicznie. Stłumienie epidemii płonicy, n. p. w roku bieżącym w Poroninie, udaje się względnie łatwo. Z odry większą liczbę śmierci można odnaleźć tylko w r. 1907. Błonica dała tu jedną jedyną epidemię w r. 1870. Natomiast zawiadomienia o sporadycznych zachorowaniach na nią powtarzają się corocznie, a śmierci (jedna do kilku) z małymi wyjątkami niemal corocznie. W tym samym czasie w Galicyi, a nawet i w powiecie Nowotarskim, najmniej z całej Galicyi dotkniętym chorobami zakaźnemi

błonica dosięgała znacznego natężenia. Krztusiec, rozwielmożniony bardzo w Galicyi, w Zakopanem dał wyraźną epidemię w 1849 r. i występował wyraźnie między 1895 a 1900 r., odtąd zniknął, mimo, że wyjazd w góry i wśród publiczności, i wśród lekarzy, uchodzi za najlepsze nań lekarstwo. Cholera poza epidemią w 1873 r. zabrała jeszcze w 1849 r. kilka ofiar. W Kościeliskach nigdy jej nie było. Cały szereg jej epidemii nie dotarł do Zakopanego. Co do duru brzusznego, to już cały powiat Nowotarski wyróżnia się w Galicyi małą śmiertelnością z tej choroby. W Zakopanem bardzo nieliczne doniesienia o zachorowaniach na dur brzuszny powtarzają się corocznie, a śmierci rzadko się wydarzają. Wyraźnej epidemii nie było tu wcale. Duru osutkowego lekarze miejscowi nie widzieli wcale. Zdaje się jednak, że i w epidemii 1848 i 1873 r. chodziło o dur wysypkowy. Gorączki powrotnej nie widywano tu wcale. Róża i zimnica stanowią osobliwość w Zakopanem. Choroby przyranne nie mają tu także warunków do rozwoju. Zaznaczono tu szybkie gojenie się ran, pomyślne wyniki zachowawczego leczenia zmiażdżeń i złamań powikłanych, małą śmiertelność po operacyach. Jaglicy miejscowej nie bywa tu jakoby wcale, a nabyta w wojsku lub na zarobkach znika szybko po powrocie do Zakopanego. Ostry nieżyt żołądka i jelit u dzieci bez porównania jest słabszy w Zakopanem, rzadszy, mniej ofiar zabiera i w późniejszej porze roku się zjawia, niż na równinach. Co do gruźlicy, to już cały powiat Nowotarski zajmuje jedno z najlepszych miejsc między powiatami Galicyi za cały szereg lat. Według Ponikły, śmiertelność z gruźlicy w parafii Poronińskiej była 5 razy mniejsza, niż w powiecie Krakowskim, a 7 razy mniejsza, niż w Krakowie. To samo wynika z materyału, którym prelegent rozporządzał co do Zakopanego. Krzywicy w Zakopanem nie bywa niemal wcale. Natomiast dość często zdarzają się tu, choć nie tak często, jak w całym powiecie Nowotarskim, wole i matołectwo (kretynizm) oraz głuchoniemota.

I u zwierząt domowych, jak to wynika z danych, dostarczonych przez weterynarza miejscowego i z rozpytywania górali, choroby zakaźne zdarzają się tu i rzadko i słabe.

Z tego wszystkiego widać, że Zakopane nie wyłącza bezwzględnie bodaj że żadnej choroby zakaźnej, że jednak choroby te ulegają tu wybitnemu zahamowaniu, że zwłaszcza od czasu kulturalnego podniesienia Zakopanego nie dają one silnych epidemii, trudno się szerzą, często n. p. nie przechodzą do Kościelisk, zjawiają się rzadziej, słabsze i z opóźnieniem, natomiast często zaciągają się na lat parę, a nieraz dają i później jeszcze sporadyczne przypadki, że wreszcie epidemie dochodzą tu i z Galicyi i z Węgier. Czystość i suchość powietrza, silna insolacya, wielka ilość ozonu, trudniejsze gnicie, mniejsza ilość owadów, rzadsze zaludnienie — zapewne grają tu główną rolę. Pewne bezpieczeństwo od duru brzusznego i gruźlicy dzieli Zakopane z całym powiatem Nowotarskim. Z wielu wzmianek możnaby przypuszczać, że i sąsiednie powiaty górskie tworzą z Nowotarskim jedną grupę o wspólnych cechach nozologicznych.

Te wyjątkowo pomyślne warunki higieniczne zginą jednak z chwilą, gdy Zakopane zamieni się w brudne miasteczko galicyjskie, czego można się już obawiać ze względu na pospieszne zabudowywanie Równi Krupowej, zamierzone ustanowienie targów na bydło, brak planu regulacyjnego, brak kanalizacyi ogólnej przy coraz liczniejszych kanalizacyach dzikich, jednodomowych, z niczem się nie liczących. Prelegent wnosi przeto, aby Towarzystwo lekarskie warszawskie zwróciło się do galicyjskiego Wydziału krajowego z prośbą o spieszne a głębsze wniknięcie w konieczności sanitarne Zakopanego, póki jeszcze nie zatraciło ono swego charakteru uzdrowiska.

Dane o ludności Zakopanego z r. 1848 i 3 ostatnich spisów jednodniowych wykazują w niem powolniejszy wzrost ludności, niż domów, silną emigracyę ludności miejscowej (71% przyrostu naturalnego), a wielki napływ ludności zamiejscowej. Odsetka urodzeń, już w całym powiecie Nowotarskim bardzo nizka (34—38‰ przy 42—45,5‰ w Galicyi), w Zakopanem waha się między 32 a 37‰. Druga cecha również wspólna i dla Zakopanego i dla powiatu Nowotarskiego, to wielka liczba nieżywo urodzonych (w Galicyi około 2,5%, w pow. Nowotarskim około 4%, w Zakopanem około 6% urodzeń). Śmiertelność i w pow. Nowotarskim i w mieście N. Targu uchodzi za bardzo nizką (24 do 30‰) w porównaniu z całą Galicyą (30—40‰ w tym samym okresie). W Zakopanem jest ona jeszcze niższą (17—29‰), a przytem z biegiem czasu obniża się, pomimo obciążenia jej śmierciami coraz liczniej przyjeżdżających suchotników. Po odtrąceniu tych śmierci, o ile możnaby ufać miejscowym obliczeniom, śmiertelność Zakopanego w ostatniem 10-leciu wynosiłaby: 10,36 do 17,43‰. Okres czasu 1870—1880 pierwsze szersze zetknięcie z cywilizacyą, odbił się niekorzystnie na stosunkach ludnościowych Zakopanego. Mimo małej liczby urodzeń pierwszy rok życia daje tu znaczną śmiertelność. Zato od 2. do 15. roku życia śmiertelność jest znacznie niższa, a w późnej starości (po 70. roku życia) znacznie wyższa, niż w całej Galicyi. Liczba stuletnich wydaje się tu wyjątkowo wysoką (1 śmierć w wieku 100 lat na 150 śmierci), 10 razy wyższą, niż w Krakowie, a wogóle jedną z najwyższych w Europie. Zgadzałyby się z tem i spostrzeżenia Ponikły i Janiszewskiego, podkreślających późne występowanie objawów starości u górali. Rzecz ta wymaga krytycznego sprawdzenia i zasługuje na nie. Najmniejszą śmiertelność i wśród ludności miejscowej i obcej ze wszystkich miesięcy daje listopad. Spostrzeżenia metereologiczne stwierdzają, że miesiąc ten co do liczby dni pogodnych i słonecznych należy zaliczyć do lepszych. Podobieństwo stosunków ludnościowych w Zakopanem i całym pow. Nowotarskim zasługuje na bliższe rozpatrzenie i na porównanie z sąsiednimi powiatami górskimi, galicyjskimi i węgierskimi.

Po krótkiej dyskusyi postanowiono przesłać pracę Chełchowskiego protomedykowi Galicyi, z prośbą o uwzględnienie wyrażonych w niej dezyderatów.

W dyskusyi A. Sokołowski zapytuje prelegenta, dlaczego w swej pracy nie wspomniał wcale o grypie. Wszak niepodobna, aby wielka epidemia tej choroby, panująca w r. 1889 w całej Europie, nie odbiła się swem echem i w Zakopanem. Również i późniejsze epidemie stanowczo zjawiały się w Zakopanem, o czem dobrze wiadomo Sokołowskiemu. Co się tyczy małego względnie, a nawet w ostatnich latach stopniowo zmniejszającego się procentu śmiertelności z suchot płucnych w Zakopanem, to w ocenie tego faktu i stawianiu go w związku tylko z dobrymi warunkami klimatyczno-topograficznymi Zakopanego należy być bardzo ostrożnym; dokładne bowiem statystyki szwajcarskie wykazały, że śmiertelność z suchot w górach jest mniejsza, niż na równinach, stoi jednak w ścisłym związku nie ze wzniesieniem nad poziom morza, lecz z małem zaludnieniem, a przedewszystkiem z brakiem fabryk, wytwarzających wysoce niekorzystne warunki, usposabiające do suchot. Fakt zmniejszenia się procentu śmiertelności, S. zgodnie z prelegentem prędzej stawiałby w zależności od poprawy warunków higienicznych i zwiększenia dobrobytu mieszkańców pod wpływem rozwijającej się stacyi klimatycznej. Jednakże wraz z powiększaniem się ludności napływowej zarząd uzdrowiska powinien wysoce dbać o poprawę warunków, dotychczas wiele pozostawiających do życzenia. Pod tym względem S. sądzi, że będzie odpowiedniem, jeśli Towarzystwo lekarskie warszawskie prześle pracę prelegenta protomedykowi Galicyi, którego obowiązkiem jest wnikanie w warunki sanitarne miejsc klimatycznych, aby wskutek ich zaniedbania piękna ta nasza stacya klimatyczna nie uległa stopniowemu upadkowi. Wreszcie fakt małej stosunkowo śmiertelności z suchot w Zakopanem w porównaniu z całą Galicyą (co oczywiście

nie należy jeszcze utożsamiać z zapadaniem na tę chorobę, gdyż danych ścisłych prelegent nie mógł przytoczyć) powinien być jednym z argumentów, przemawiających przeciw twierdzeniu, jakie się słyszy w ostatnich czasach, jakoby pobyt w Zakopanem ze względu na dużą liczbę suchotników był nieodpowiedni dla niegruźliczych lub usposobionych do gruźlicy chorych. Co się tyczy statystyki długowieczności mieszkańców Zakopanego, to te ogólnikowe twierdzenia powinny być poparte ścisłymi dokumentami.

Trzciński zwraca uwagę na małą odsetkę urodzeń przy względnie dużej liczbie płodów martwych; nasuwałoby to przypuszczenie, że w Zakopanem grasuje przymiot. Co do szybkiego gojenia się ran, to fakt ten spostrzegano wogóle w miejscowościach mało zaludnionych z czystem powietrzem. T. Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

85. Ogólne Zebranie dnia 18. V. 1912 r.

Obecnych 18 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. H. Fidler.

1) Kol. Raszkes pokazuje i omawia: 1) przypadek **kamienia pęcherzowego** wielkości pomarańczy, operowany u kobiety; 2) chorą po operacyi i preparat **złośliwego gruczolaka macicy;** 3) chorą po operacyi i preparat **raka szyjki macicy.**

2) Kol. Przewodniczący odczytuje korespondencyę: Program Zjazdu higienicznego we Włocławku w m. b. i program Zjazdu higienicznego we Lwowie we wrześniu 1913. Okazuje się, że na Zjazd Włocławski jadą koledzy Pełczyński i Szczepaniak, na delegatów zaś na Zjazd do Lwowa wybrani zostali koledzy: Szczepaniak, Kossak i Fidler.

3) W myśl odezwy egzekutorów testamentu ś. p. hr. Adeli Ożarowskiej przystąpiono do wyborów kandydatów na lekarza naczelnego Szpitala dziecinnego imienia Hr. Ożarowskich w Radomiu. W tym celu kol. Przewodniczący odczytuje list kol. Mieczysława Michałowicza z Petersburga, w którym kol. Michałowicz dziękuje za zrobioną mu propozycyę złożenia oferty na lekarza naczelnego Szpitala dla dzieci, gdyż zamierza jeszcze jakiś czas pracować naukowo. Następnie kol. Przewodniczący odczytuje dokumenty, przedstawione przez kol. Henryka Trenknera z Łodzi, oraz ocenę jego prac. Kol. Pełczyński odczytuje dokumenty oraz ocenę prac, przedstawionych przez kol. Andrzeja Krysińskiego. Wreszcie kol. Sekretarz odczytuje podanie i curriculum vitae, przedstawione przez kol. Stanisława Kelles-Krauza.

Po głosowaniu, zarządzonem przez kol. Przewodniczącego, okazało się, że kol. Henryk Trenkner został wybrany wszystkimi głosami kandydatem na lekarza naczelnego szpitala dla dzieci, kol. Andrzej Krysiński otrzymał głosów jedenaście na szesnastu (16) głosujących, kol. zaś Stanisław Kelles-Krauz otrzymał głos jeden.

Postanowiono zawiadomić o wyniku głosowania wszystkich zainteresowanych kolegów, oraz egzekutorów testamentu ś. p. hr. Ożarowskiej z tem, że Towarzystwo lek. Radomskie ze swej strony jako pierwszego kandydata na lekarza naczelnego przedstawia kol. Henryka Trenknera z Łodzi, jako zaś kandydata drugiego kol. Andrzeja Krysińskiego z Warszawy, przyczem postanowiono przedstawić egzekutorom testamentu odpowiednie dokumenty i odbitki prac, wreszcie zawiadomić ich, że do grona wyborczego celem ostatecznego wyboru lekarza naczelnego wybrało Towarzystwo lek. Radomskie kol. Fidlera i kol. Kossaka.

86. Ogólne Zebranie dnia 22. VI. 1912.

Z powodu niedostatecznej liczby członków (7) nie odbyło się.

87. Ogólne Zebranie dnia 28. IX. 1912.

Obecnych 16 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. H. Fidler.

1) Kol. Fidler powitał kol. Annę Mulierównę, studentkę medycyny, poczem przystąpił do odczytania swej pracy: **Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę paratyfusów i duru brzusznego.** Dyskusyi nie było.

2) Kol. Pełczyński nie czytał swej pracy o ustawie fabrycznej, lecz zabrał głos w sprawie **epidemii płonicy**, szerzącej się obecnie w mieście, poczem kol. Przewodniczący otworzył w tej sprawie dyskusyę.

Kol. Przychodzki zaznacza, że umieszczanie w hotelu krewnych chorego niema celu, gdyż komunikują się ciągle między sobą. Należy utworzyć dom izolacyjny kosztem miasta, gdzieby można było umieszczać chorych. — Kol. Ksawera Mulierowna zaznacza, że lekarz ordynujący nigdy nie może kontrolować, czy izolacya jest przestrzegana. Jedynie może to robić lekarz szkolny. — Kol. Fidler jest tego zdania, że jest to obowiązek lekarza sanitarnego, który powinien zawiadomić lekarza szkolnego. Dom izolacyjny utworzyć jest rzeczą niemożliwą. Najlepiej jest izolować chorego, ale jest to możliwe tylko przy istnieniu porządnych szpitali. Lekarza szkolnego tak samo publiczność nie będzie słuchać, jak i lekarza ordynującego. Publiczność sama powinna rozumieć przepisy. Dopóki nie będziemy posiadać dobrych szpitali, wszelkie nasze postanowienia są bezowocne. — Kol. Szczepaniak: Zawiadomienie lekarza sanitarnego nie wiele pomoże, gdyż zwykle zawiadamiają go zapóźno, a więc i lekarz szkolny otrzyma jeszcze późniejsze zawiadomienie. Lepiej wprost zawiadamiać szkołę. W Radomiu w razie potrzeby odkażania istnieje dla biednych izolacya przy baraku szpitalnym. — Kol. Przychodzki podnosi, że można podczas epidemii wynająć dom, gdzieby można było umieszczać chorych. — Kol. Przyłęcki wyraża zdanie, że trzeba ustawy, którąby zmuszała do izolowania chorych; dotąd takiego prawa nie posiadamy. — Kol. Fidler zaznacza, że Towarzystwo lek. powinno się zająć utworzeniem szpitala dla chorych zakaźnych. Tymczasem trzeba o ile możliwe wcześniej zawiadamiać lekarza sanitarnego i lekarza szkolnego, lub zarząd szkoły. — Kol. Raszkes proponuje wobec braku prawa o odosobnianiu chorego w szpitalu odmawiać leczenia w domu chorych, jeżeli nie można zachować izolacyi. — Kol. Szczepaniak zwraca uwagę, że lekarzowi nie wolno odmawiać leczenia chorego. — Kol. Pełczyński. Nie należy całej sprawy izolacyi nakładać na jednego lekarza sanitarnego, lepiej, iżby się tem zajmowało kilku lekarzy. Kartki trzeba przesyłać nie do magistratu, lecz do lekarza szkolnego. Tylko lekarz szkolny może dbać o ochronę zdrowych uczniów. — Kol. Przychodzki zapytuje, czy lekarze szkolni odwiedzają dzieci w razie, jeżeli one przez dłuższy czas nie przychodzą do szkoły. — Kol. Pełczyński: Odwiedzanie dzieci, nie przychodzących do szkoły, jest obowiązkiem gospodarzy klasy, a nie lekarzy. — Kol. Cung wyraża zdanie, że tylko lekarz ordynujący może wiedzieć, kiedy chory uczeń może już iść do szkoły.

Poczem przyjęto następujące wnioski: 1) aby członkowie Towarzystwa o każdym przypadku choroby zakaźnej niezwłocznie zawiadamiali lekarza sanitarnego; 2) że członkowie Towarzystwa obowiązani są o każdym przypadku zachorowania na chorobę zakaźną niezwłocznie zawiadamiać nietylko lekarza sanitarnego, ale i odpowiednich lekarzy szkolnych: Kol. Kossaka, Chojkę, Kelles-Krauza, Mulierównę i Pełczyńskiego, celem jak najszybszego zastosowania sposobów, dążących do ochrony młodzieży przed chorobami zakaźnemi. Uchwałę tę postanowiono rozesłać do wszystkich kolegów, praktykujących w Radomiu.

88. Ogólne Zebranie dnia 26. X. 1912.

Obecnych 11 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. H. Fidler.

1) Rozpatrzono sprawę **uregulowania sprzedaży środków trujących** i zredagowano w tym celu następującą odezwę do aptekarzy i składników: »Wobec powtarzających się w ostatnich czasach zamachów samobójczych przy pomocy kwasu karbolowego Towarzystwo lekarskie Radomskie na 88. Ogólnem Zebraniu członków dnia 26. października b. r. w celu utrudnienia otrzymania powyższego środka uchwaliło prosić wszystkich PP. właścicieli aptek i składów aptecznych w Ziemi Radomskiej, by nie wydawali preparatów trujących (karbol, sublimat i t. p.), chociażby do sprzedaży odręcznej dozwolonych, jak tylko za przepisem lekarskim«.

2) Zatwierdzono projekt Organizacyi zawodowej lekarzy Ziemi Radomskiej.

89. Ogólne Zebranie dnia 23. XI. 1912

Obecnych 13 członków i 1 gość. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. H. Fidler.

1) Kol. Raszkes: **Zastosowanie promieni Roentgena w praktyce lekarskiej.**

Prelegent przedstawił historyę odkrycia promieni Roentgena i opisał ich własności, wskutek czego znalazły tak szerokie zastosowanie w medycynie. Następnie opisał szczegółowo budowę 3 typów przyrządów Roentgena: induktorów z przerywaczami, bez przerywacza i tak zwany »Blitzapparat«. Po szczegółowem rozpatrzeniu rurki Roentgena, jako też promieni, przez nią wydawanych, sposobów mierzenia, oraz dawkowania, przeszedł prelegent do rozpatrzenia, jakie zastosowanie mają promienie Roentgena dla dyagnostyki w medycynie wewnętrznej i chirurgii, dla terapii w chorobach skórnych i kobiecych.

Członek Zarządu sekretarz Dr T. Rakowski.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

Od 20—23 grudnia 1912 r. toczyły się w Krakowie w sali nowozbudowanej kliniki chorób nerwowych i umysłowych obrady II. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich. Zjazd ten, znakomicie zorganizowany przez komitet, w skład którego weszli Prof. Dr Piltz (Kraków), Prof. Dr Heinrich (Kraków), Dr Rydel (Kraków), Dr Borowiecki (Kraków), Dr Rogalski (Kraków), utrzymywał się na wysokim poziomie naukowym, jak to zaznaczył w jednem ze swych przemówień Dr Radziwiłłowicz z Warszawy. Gości z poza Krakowa przybyło około stu.

Komitet organizacyjny ugrupował zagadnienia naukowe, które były przedmiotem obrad, w cztery główne tematy, w zakresie których wygłaszano zasadnicze wykłady i odczyty. Poza tem godziny popołudniowe w dniach 20 i 22, oraz ranek dnia 23. przeznaczono na odczyty luźne. Dzięki temu, że obrady toczyły się cztery dni, dało się uniknąć podziału na sekcye, tak, że wszyscy uczestnicy Zjazdu mogli brać udział w całej pracy naukowej. Wpłynęło to bardzo dodatnio na przebieg dyskusyi, która toczyła się żywo, a każdy z tematów otrzymał wszechstronne oświetlenie. Obrady rozpoczęły się w piątek dnia 20. grudnia.

Na porządku dziennym I. posiedzenia, po uroczystem otwarciu Zjazdu, były: **Nowe metody badania narządu przedsionkowego.**

Pierwszy zabrał głos Dr Berlstein (Lwów), który omawiał część otologiczną tego zagadnienia, rozpatrując czynności błędnika w warunkach fizyologicznych i patologicznych. Omówiwszy anatomię i fizyologię ucha wewnętrznego, przeszedł do sposobu badania narządu przedsionkowego bodźcami: wirowym, cieplikowym i galwanicznym, poczem przedstawił teoryę kierunku i płaszczyzny drżenia oczu przy każdym bodźcu, oraz teoryę i znamiona samoistnego drżenia oczu przy rozmaitych schorzeniach narządu przedsionkowego pochodzenia błędnikowego oraz ośrodkowego.

Dr Rothfeld (Lwów) mówił o najnowszych zdobyczach na polu badań narządu przedsionkowego i znaczeniu ich w rozpoznawaniu chorób nerwowych.

Dr Reich (Wiedeń) przedstawiał wyniki badań swoich i Dra Rothfelda, dotyczące wpływu półkul mózgowych, móżdżku i rdzenia przedłużonego na odczyny ruchowe, wywołane z narządu przedsionkowego. Badania te wykazały niewątpliwy wpływ móżdżku i rdzenia przedłużonego na wspomniane odruchy.

Dr Jarkowski (Paryż) w odczycie z demonstracyami na gołębiach i królikach podnosił znaczenie próby galwanicznej dla rozpoznawania spraw przedsionkowych, w imieniu swojem i Prof. Babińskiego. Próba ta została w ostatnich czasach u nas zaniedbana, z powodu tego, że metody badania Baranyego zdobyły szeroki rozgłos. Jest ona jednak od metody Baranyego prostsza, niezawodna i powinna być dlatego zawsze stosowana.

Dr Zylberlastówna (Warszawa) przedstawiła wyniki badań klinicznych, które miały na celu wyśledzić, czy odczyn cieplikowy zmienia się w szeregu cierpień nerwowych. Z badań tych zdaje się wynikać, że przy stwardnieniu rozsianem pobudliwość nerwu przedsionkowego jest wzmożona, przy sprawach uciskowych mózgu, zapaleniu mózgu (encephalitis), porażeniach połowiczych i nowotworach wrzekomych pobudliwość obniża się po stronie ogniska chorobowego.

Po tych odczytach wywiązała się żywa dyskusya: Dr Chłapowski zwrócił uwagę na odczyny ruchowe, wywołane trzymaniem w ręku rozpędzonego koła w silnym obrocie. Zdaniem Prof. Dra Bochenka różnice w zapatrywaniach na działanie narządu przedsionkowego i jego stosunku do móżdżku polegają na niedostatecznej znajomości stosunku jądra Deitersa do móżdżku i kory móżdżkowej do jąder móżdżkowych. Dr Berlstein ocenia krytycznie próbę galwaniczną Babińskiego, twierdząc, że odczyn ten jest dodatni nawet po zupełnem zniszczeniu narządu przedsionkowego, gdy odczyn cieplikowy i obrotowy są już ujemne. Stwierdzono to na ludziach po labiryntotomii. Zdaje się więc wątpliwem, czy odczyn galwaniczny ma znaczenie dla dyagnostyki schorzeń obwodowego narządu przedsionkowego. Dalsze wątpliwości co do próby galwanicznej podnosili Dr Rosenthal i Dr Rothfeld; zarzuty te odpierał Dr Jarkowski.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W sprawie lekarzy rządowych

Starania lekarzy rządowych w Austryi o przyznanie należnego stanowiska i o poprawę bytu, podjęte w latach ostatnich, zdawały się zrazu rokować pomyślny skutek. Od niezbyt dawna jednak zaczyna się w tym względzie zarysowywać ze strony najwyższych władz prąd odmienny, który z wielu względów zasługuje na baczną uwagę ogółu lekarzy. Dlatego podajemy tu w krótkich słowach przedstawienie obecnego stanu tej sprawy.

W dniu 16. listopada 1912 r. odbyło się w Wiedniu nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Związku państwowego lekarzy rządowych, na którem były reprezentowane wszystkie kraje koronne Austryi z wyjątkiem Dalmacyi. Powodem zgromadzenia było zaniepokojenie i rozgoryczenie wśród lekarzy rządowych wobec nieżyczliwego traktowania całego stanu przez przełożone władze sanitarne i pomijania wszelkich próśb i rezolucyi Związku. Następstwem tego postępowania władz była rezygnacya długoletniego zasłużonego prezesa Związku, Dra Gustawa Paula.

Celem wyświetlenia rzeczywistego stanu akcyi wypada nadmienić, że w ostatnich latach wszystkie fachowe organy rządowe, jak techniczne, kontrola gorzelniana, leśnicze, weterynarskie, podlegające innym ministerstwom, a nie ministerstwu spraw wewnętrznych, osiągły znaczne korzyści przez podwyższenie rang, nadanie tytułu radców, prawo policzenia części lat służby prywatnej przed wstąpieniem do służby rządowej, podwyższenie dość znaczne dyet i milowego przy komisyach poza miejscem siedziby, a nawet przez remuneracye stałe za nadzwyczajne czynności urzędowe w miejscu siedziby. Natomiast lekarzom rządowym, podlegającym ministerstwu spraw wewnętrznych, wszystkiego tego albo wręcz odmówiono, albo prośby ich pominięto milczeniem.

Wszystko, co zrobiono dla lekarzy rządowych, ogranicza się do tego, że po przeprowadzeniu organizacyi lekarzy rządowych wprowadzono wyższe rangi, odpowiadające jednak zaledwie urzędnikom rachunkowym. Ale i związane z tem drobne polepszenie płacy okazało się zupełnie iluzorycznem, gdyż ogólną kwotę dochodów lekarzy obniżono z lichwiarskim procentem przez równoczesne znaczne uszczuplenie ich legalnych dochodów pobocznych.

Innych zarządzeń w celu poprawienia bytu lub stanowiska lekarzy rządowych wcale nie wydano, co tembardziej zadziwia, że Austrya co do ustaw wzoruje się na ustawach państwa niemieckiego; tam zaś lekarze rządowi mają znacznie wyższe płace, znacznie niezależniejsze stanowisko, podlegając państwowemu Urzędowi zdrowia, przydzielonemu do ministerstwa oświaty, i znaczne dochody dodatkowe (z badań osób prywatnych, przedsiębiorstw), unormowane stałą taksą.

Jako przyczynę ograniczenia dodatkowych dochodów lekarzy rządowych w Austryi, podają chęć podniesienia stanowiska i godności lekarza rządowego. Trudno jednak uwierzyć, ażeby lekarz ten z próżną kieszenią i zepchnięty przy wytężającej pracy do roli pisarza przy władzach administracyjnych, rozgoryczony i przygnieciony troską o byt rodziny, mógł godnie stanowisko swoje reprezentować.

Nadmienić należy, że według obecnie obowiązujących ustaw lekarze rządowi, biura sanitarne w namiestnictwach, Krajowe Rady zdrowia, a nawet Najwyższa Rada zdrowia są tylko organami doradczymi, a przeważna część ich opinii idzie poprostu do kosza. Wszelkie nowsze zarządzenia, wydawane w tych warunkach, bez albo nawet wbrew opinii tych czynników, są nietylko uciążliwe dla lekarzy, ale także połączone nieraz ze szkodą dla publiczności, która przez to rozdrażniona przypisuje winę nie właściwym autorom zarządzeń, ale ich wykonawcom, to jest lekarzom rządowym, co wcale nie przyczynia się ani do uprzyjemnienia życia, ani do ułatwienia i tak już trudnego zadania tych lekarzy.

Nieżyczliwość władz centralnych wobec lekarzy rządowych ma głębsze znaczenie, bo połączona jest z nieżyczliwością dla całego stanu lekarskiego; nowsze zarządzenia tych władz dotykają dotkliwie nietylko lekarzy rządowych, ale grożą podkopaniem bytu także lekarzy prywatnych, odejmując im zwolna rozmaite dochody przez odjęcie prawa wydawania świadectw, badań częściowych robotników i t. p. Dlatego byłoby wskazane, ażeby wszystkie stowarzyszenia lekarskie, zwłaszcza zawodowe, zapoznały się dokładnie z temi nowemi rozporządzeniami i zawczasu pomyślały o obronie lekarzy tak prywatnych, jak i rządowych. Należy się liczyć z tem, że obrona może być bardzo utrudniona, że Związki lekarzy rządowych mogą być ograniczone w działalności, a wtedy ostrze, zwrócone przeciw lekarzom powiatowym i policyjnym, zwróci się z całą siłą przeciw wszystkim lekarzom. Wszystkie zarządzenia, wydane w ciągu dwóch lat ostatnich, jak w sprawie wydawania bezpłatnych świadectw, wizytacyi aptek, bezpłatnej nawet po za miejscem siedziby lekarza, badania stanu zdrowia robotników, zajętych w drukarniach, fabrykach ołowiu, górników, dzieci szkolnych, sprawa przyjmowania posad przy innych władzach i t. p. nakładają na lekarzy rządowych olbrzymią pracę bezpłatną z uszczerbkiem nietylko ich dochodów, ale także ze znacznym uszczerbkiem dochodów lekarzy wolnopraktykujących.

Bezpośrednio przełożone władze polityczne idą nawet dalej i żądają od lekarzy rządowych coraz częściej najróżnorodniejszych czynności bezpłatnych w takich zakresach, które dotychczas były dla ogółu lekarzy źródłem znacznej części ich dochodu. Przez te czynności czas lekarza powiatowego jest tak zajęty, że staje się fizyczną niemożliwością podołanie wszystkim czynnościom, przytem dochody leka-

rzy rządowych zostały tak uszczuplone, że powstaje troska o byt materyalny i możność kształcenia dzieci.

Wszystko to może wpłynąć bardzo ujemnie na sprawność rządowej organizacyi sanitarnej w zakresie jej działalności sanitarnej i higieniczno-społecznej i dlatego, wykraczając poza granice spraw czysto tylko zawodowych (czem zająć się powinny pisma i organizacye zawodowo-lekarskie), wymaga bacznej uwagi i przeciwdziałania także ze stanowiska ogólnospołecznego.

Wiadomości bieżące.

Ze szczerą radością witamy nowego w czasopiśmiennictwie naszem towarzysza pracy, którym jest »Lekarz wileński, miesięcznik, poświęcony medycynie ogólnej«. Znaczenie, rolę i cele nowego czasopisma określa doskonale Redakcya na czele właśnie wydanego zeszytu pierwszego, dlatego posłużymy się jej słowami. Stwierdzając, że na ogromnej przestrzeni Litwy i Białej Rusi pracuje bardzo wielu lekarzy Polaków i że gdzieindziej dla informowania się o swych sprawach, o potrzebach ludności, dla doskonalenia się zawodowego, mają lekarze zjazdy i wszechnice, pisze Redakcya »Lekarza wileńskiego«: »Zjazdów lekarskich nie mamy; wpływają na to przyczyny natury politycznej, jakoteż ogromne odległości, dzielące rozrzuconych po kraju kolegów. O swojej wszechnicy nie możemy marzyć. Mamy wprawdzie kilka Towarzystw lekarskich, ale w nich ojczystego języka używać nie wolno. Brak więc nam wszelkich środków porozumiewania się i łączenia. W kraju, tak nizko stojącym pod względem kultury i zdrowotności, gdzie praca lekarska, prowadzona w bardzo ciężkich warunkach, często idzie na marne, gdzie każdy pracuje na własną rękę... musi dla siebie gromadzić doświadczenia i wynajdywać środki działania, tam trwanie w dotychczasowej apatyi ciężkim jest błędem; tembardziej, jeżeli jest możebność stworzenia choć jakiegokolwiek łącznika, mogącego ześrodkować rozproszone siły do wspólnej owocnej pracy. Nie mając laboratoryów, dobrych szpitali i lekarzy wyłącznie naukowo pracujących, jasno sobie zdajemy sprawę z wielkich trudności, które zwalczać nam przyjdzie... Wydawanie pisma w tych warunkach jest może mierzeniem siły na zamiary. My robimy pierwszy krok, niech po nas godniejsi przychodzą«.

Redaktorem i wydawcą »Lekarza wileńskiego« jest Dr M. Minkiewicz, sekretarzem Dr Jan Boguszewski. Zeszyt pierwszy, obejmujący 16 stron tekstu w formacie mniej więcej naszego pisma, zawiera artykuły oryginalne Dr E. Majewskiego i A. Zielińskiej, Minkiewicza, Boguszewskiego, Sycianki i Jeśmana, w »Przeglądzie prasy lekarskiej polskiej« streszczenie prac Michałowicza i St. Ostrowskiego, z piśmiennictwa obcego streszczenia z zakresu medycyny wewnętrznej, higieny i dermatologii, zapiski o nowych środkach, dalej w dziale »Ruch w Towarzystwach lekarskich« sprawozdanie z Towarzystw lekarskich w Wilnie i Mińsku, wreszcie kronikę i notatki historyczno-lekarskie. Z największem uznaniem należy podnieść wzorowe we wszystkich artykułach słownictwo i czystość języka. Zewnętrzna szata pisma nie pozostawia nic do życzenia.

Gronu, które stworzyło nowe ognisko polskiego ruchu naukowo-lekarskiego i pragnie dalej snuć nić przepięknych tradycyi wileńskich, przesyłamy najszczersze życzenia powodzenia w trudnej, a szlachetnej pracy.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 15. b. m. doroczne posiedzenie administracyjne, na którem Zarząd zdał sprawę z czynności w r. 1912, Dr Rosenhauch przedstawił chorego ze zmianami w oku, powstałemi wskutek urazu, przyczem w dyskusyi przemawiali prof. Braun i prof. Majewski. W końcu odbył się zapowiedziany wykład p. Wróblewskiego o kooperatywie.

— Preliminarz budżetu krajowego na r. 1913 przeznacza w wydatkach na rubrykę »Sprawy zdrowotne« o 1,650.423 kor. więcej, niż w r. z., a to wskutek podwyższenia ogólnych kosztów leczenia w szpitalach krajowych i zagranicznych o 105.000 kor., podwyższenia wydatków na szpital powszechny we Lwowie o 85.443 kor., na zakład w Kulparkowie o 1,177.484 kor., na szpital Łazarza w Krakowie o 157.097 kor., raty amortyzacyjnej pożyczki na budowę zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie o 135.000 kor., tudzież innych mniejszych różnic. Wobec ogólnego wzrostu wydatków krajowych o przeszło 9 milionów koron, ma Wydział krajowy przedstawić Sejmowi wniosek o pokrycie zagrażającego stąd niedoboru przez podniesienie stopy krajowych dodatków do podatków o 30%. Jeżeli jednak Sejm rychło nie będzie zwołany lub nie będzie normalnie pracować, wtedy będzie musiał Wydział krajowy przeprowadzić w budżecie przeszło 8 milionów koron oszczędności, a w tym celu wstrzymać m. i. wszelkie wydatki na adaptacyę, rozszerzenie i budowę szpitali i zakładów dla obłąkanych, skreślając w tym dziale 400.000 koron.

— W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych, po odesłaniu do komisyi sanitarnej powracającej ponownie do Izby posłów parlamentu austryackiego, umieszcza »Kuryer lwowski« (8. I. Nr 10) artykuł, odwołujący się do Koła polskiego, by gorliwiej zajęło się tą sprawą i przyspieszyło ostatecznie uchwalenie ustawy, która mimo swego wielkiego znaczenia tuła się od lat z jednej Izby parlamentu do drugiej, z nich do ministerstwa i t. d.

— Pod tytułem »Zakusy centralistyczne« ogłasza Dr (praw) St. Gruiński w »Słowie polskiem« (Nr 11. 14.) artykuły, w których wywodzi, iż rząd, pragnąc poddać zakłady dla obłąkanych nadzorowi sądów, miał w rzeczywistości na celu to, aby ciężar utrzymywania oddziałów dla obłąkanych zbrodniarzy przerzucić na barki krajów. Dr Gruiński słusznie podnosi, że dla takich obłąkanych powinny istnieć zakłady osobne, utrzymywane kosztem państwa.

— Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie uzyskał koncesyę na założenie własnego »Banku zdrojowego« z prawem wydawania obligacyi do wysokości 4 milionów koron. Będzie to pierwszy tego rodzaju bank w Austryi.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. I. do 4. I. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca —, ospy wietrznej —, płonicy — † — (1 † —), odry —, duru brzusznego 1 † — (1 † —), czerwonki —, gorączki połogowej —, róży —. Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie zwraca się do ogółu lekarzy polskich z następującym komunikatem:

»W dn. 18. listopada 1912 Towarzystwo naukowe warszawskie przejęło od p. Wł. Palmirskiego jego dawną pracownię serologiczną i, rozszerzywszy ją znacznie, oddało ją pod kierunek Dra T. Gryglewicza. Dotąd pracownia ta wyrabia następujące preparaty: a) Surowice: przeciwbłoniczą, przeciwczerwonkową, przeciwpaciorkowcową wieloważną, przeciwpaciorkowcową dla przypadków płonicy, przeciwgronkowcową wieloważną; surowice aglutynujące: mętwiki cholery azyatyckiej, prątki duru brzusznego, paratyfusu A, paratyfusu B, surowicę hemolityczną dla krwinek baranich, surowicę normalną końską. b) Szczepionki: przeciwbłoniczą podług Gabryczewskiego, przeciwcholeryczną (na zamówienie), przeciwdurową (na zamówienie); szczepionki Wrighta: przeciwgonokokową, przeciwpaciorkowcową, przeciwgronkowco-

wą, przeciw bact. coli. c) Zarazek do tępienia myszy (na zamówienie). d) Hodowle drobnoustrojów chorobotwórczych. e) Podłoża. Towarzystwo naukowe warszawskie nie będzie szczędzić środków ani zabiegów, mających na celu postawienie pracowni serologicznej na najwyższym szczeblu rozwoju naukowego. Poza tem, mając na widoku potrzeby kraju, Towarzystwo porobiło już kroki, które umożliwią mu przystąpienie w niedługim czasie do wyrabiania surowic i szczepionek przeciwko różnym zoonozom, tak trapiącym nasz kraj i niszczącym jego dobrobyt. Wszelkie dochody, otrzymywane z tego źródła, T. N. W. obracać będzie na użytek już powstałych i powstać przy niem mających pracowni naukowych przyrodniczych i lekarskich. Działające w tych warunkach Towarzystwo jest przekonane, że ogół lekarzy polskich oceni należycie wysoką wagę dążeń naukowych i społecznych Towarzystwa i poprze je gorąco w całym zakresie swoich wpływów i działalności«.

— Zarząd Towarzystwa lekarskiego warszawskiego na r. 1913 wybrano 7. b. m. w składzie następującym: prezes Dr Pawiński, wiceprezes Dr Jakowski, sekretarz doroczny Dr T. Borzęcki, pomocnik sekretarza Dr Dobrowolski, zarządzający pracownią Dr L. Paszkiewicz.

— Przewodniczącym posiedzeń chirurgicznych w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrany został Dr Kijewski, zastępcą Dr Jakimiak, sekretarzem Dr W. Dobrowolski; przewodniczącym posiedzeń pedyatrów Dr Anders, zastępcą Dr Brudziński, sekretarzami Dr Łyskawiński i Podkuliński.

— Dr Władysław Stankiewicz wybrany został członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

— »Gazeta lekarska« wprowadziła w r. b. korzystną zmianę papieru i kroju czcionek w swem wydawnictwie.

— W szpitalu izraelickim na Czystem przybył nowy pawilon na 80 łóżek, mieszczący na parterze oddział leczenia fizycznego, wyposażony we wszelkie nowoczesne urządzenia.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 6. I. do 13. I. 1913 przypadków: ospy 3 † —, płonicy 7 † 1, duru wysypkowego — † —, róży 2.

Dr Trenkner

Z różnych stron. W związku z międzynarodowym Zjazdem lekarskim odbędzie się w Londynie w r. 1913 wystawa historyczno-lekarska pod kierunkiem H. S. Wellcome, która zapowiada się nader bogato i zajmująco. Wyjaśnień udziela w tej sprawie »The Secretary of Historical Medical Museum, 54. a. Wigmore Street, London W.«.

— »Zakład wsparcia dla wdów i sierot austryackiego Związku Towarzystw lekarskich« (Oesterr. Aerztevereinsverband) nadesłał nam sprawozdanie z działalności swej w r. 1912. — Rozdzielone za ten rok za pośrednictwem Izb lekarskich wsparcia doszły kwoty 22796 kor., na co złożyły się wpłaty wszystkich Izb lekarskich w Austryi oraz dodatek z funduszów zakładu, wynoszący 8130 kor. Większą niż dotychczas kwotę wsparć umożliwiły subwencye (ministerstwa spraw wewn. 5000 kor., Wydziału kraj. śląskiego 500 kor., zarządów zdrojowisk: Abacya, Baden, Gastein, Levico, Karlsbad, Tobelbad, Marienbad — 1154 kor. 76 h.). Prezesem Zakładu wsparć wybrano r. rz. Dr W. Svetlina, wiceprezesem prym. Dr Lercha, skarbnikiem Dr Skorschebana, sekretarzami Dr Kammela i Dr Kampratha. Należy nadmienić, że z Zakładu otrzymują odpowiedni udział obie Izby lekarskie galicyjskie.

Mianowani: Dr Wilhelm Pisek, prymaryusz szpitala izrael. we Lwowie, odznaczony został tytułem radcy lekarskiego; profesorami tytularnymi w Wiedniu zostali docenci Roth, Schütz, Erben, Winterberg, Nobl, Weidenfeld, Stejskal, Marburg, Falta, Meller, Doer, Exner i Ranzi, rzeczywistymi nadzw. docenci Redlich i Pauli.

Zmarli:

Dr Edward Maryański

zmarł w 78 r. ż. w Jarmolińcach na Podolu. Pochodził z rodziny francuskiej, osiadłej w Polsce za Władysława IV; (po praszczurze jego, pierwszym komendancie twierdzy Kudaku, który zginął w obronie kresów, pozostała tam do dziś »Maryanowa mogiła«). Urodzony w Ryczywole w Radomskiem w r. 1834, gimnazyum ukończył w Radomiu, a studya lekarskie w r. 1859 w Kijowie. Pracując przez 53 lata jako lekarz, zdobył sobie cześć kolegów, których po Aleksandrze Kremerze (założycielu Towarzystwa lekarzy podolskich, a później Towarzystwa lek. krakowskiego), stał się duchowym przewodnikiem, a przez pół wieku wpływał na szerokie koła polskie na Podolu rozumem, etyką i przykładem własnego życia.

Dr Józef Świniarski w 42 r. ż. w Genui, Dr Eustachy Czekierski w 86 r. ż. w Warszawie, Dr Franciszek Bellon w 44 r. ż. w Częstochowie, Dr Wacław Lipski w 38 r. ż. w Łodzi.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 11. (cena 2·50 Mk.) i 12 (cena 3 Mk.). (Cały rocznik 16 Mk.).

Trzymając się ściśle corocznego planu, przynosi listopadowy zeszyt »Kursów« szereg rozpraw, dających przegląd ostatnich zdobyczy okulistyki (Prof. Krauss), otyatryi (Prof. Kümmel), dentystyki (prof. Dieck), oraz pracę o chirurgicznem leczeniu raka krtani (Prof. Gluck i Dr Soerensen). W zeszycie grudniowym podaje przegląd doroczny z zakresu chirurgii doc. Schöne, z zakresu szczegółowego chirurgii mózgu i rdzenia Prof. Borchardt; przeglądowi postępów medycyny sądowej poświęcony jest artykuł Prof. Puppego; Prof. Thiem i Doc. Jellinek zajmują się w swych rozprawach nauką o nieszczęśliwych wypadkach, a mianowicie pierwszy zdaje sprawę ze zjazdu, odbytego w tej sprawie w r. 1912, drugi zaś omawia nieszczęliwe wypadki wskutek działania elektryczności.

Z.

»Le Nourisson«. W Paryżu zaczął z początkiem b. r. wychodzić pod tym tytułem dwumiesięcznik, poświęcony wyłącznie patologii i higienie pierwszego okresu dziecięctwa. Na czele redakcyi stanął Prof. Marfan, a do grona jej należą Dr Apert, Aviragnet, Boulloche, J. Hallé, Lesage, Renault, Triboulet i Weill-Hallé, kierownicy oddziałów pedyatrycznych w szpitalach paryskich. Zeszyt pierwszy oprócz słowa wstępnego i artykułu o wrodzonej wązkości odźwiernika, pióra Prof. Marfana, zawiera prace o ciepłocie ciała noworodków, o leczeniu ropnych spraw skórnych i t. d., oraz obfity dział krytyczno-sprawozdawczy, bibliografię i t. d. Roczna przedpłata czasopisma tego, wydawanego przez księgarnię J. B. Baillière & fils. (Paris, 19 rue Hautefeuille) wynosi 14 franków.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LII. Kraków, dnia 25. stycznia 1913. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

Doświadczenia kliniczne z salwarsanem.

(Na podstawie dwuletnich spostrzeżeń).

Podał

Dr Z. Wachtel

asystent kliniki.

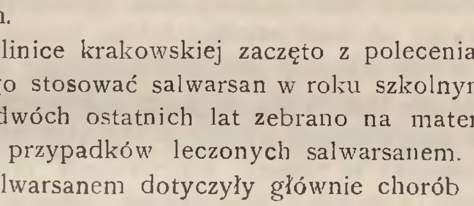
Gdy w roku 1910 przedstawił Ehrlich na Zjeździe w Wiesbadenie swój nowy przetwór »606« i przekonał, że można arsenobenzol, który zawiera w sobie 34% arsenu, podawać bez szkodliwych następstw dla ustroju ludzkiego, zaczęto w różnych klinikach podawać arsenobenzol (salwarsan) w schorzeniach kiłowych i parakiłowych, a w krótkim czasie potem także i w tych sprawach chorobowych, w których się zwykło podawać arsen, przedewszystkiem w chorobach krwi, a także i niektórych sprawach nowotworowych.

W klinice krakowskiej zaczęto z polecenia Profesora Jaworskiego stosować salwarsan w roku szkolnym 1910/11. W ciągu dwóch ostatnich lat zebrano na materyale klinicznym 63 przypadków leczonych salwarsanem. Przypadki leczone salwarsanem dotyczyły głównie chorób krwi, chorób parakiłowych i nielicznych przypadków nowotworowych.

Opracowanie niniejsze nie będzie zawierać historyi chorób wszystkich przypadków leczonych salwarsanem; będzie ono raczej podaniem spostrzeżeń klinicznych co do stosowania i działania tego leku, a tylko w niektórych ważniejszych i zasługujących na szczególniejsze uwzględnienie przypadkach omówiony będzie nieco obszerniej przebieg choroby.

Przed przystąpieniem do spostrzeżeń klinicznych nie od rzeczy będzie pokrótce przypomnieć chemiczny skład salwarsanu i jego własności.

Salwarsan jest połączeniem organicznem trójwartościowego arsenu (diamidarsenobenzol), o wzorze



przedstawia się jako proszek jasno-żółty, bezwonny, na powietrzu łatwo się utleniający, zawierający 34% arsenu W handel wprowadzony jako sól kwaśna pod nazwą »salwarsanu«; rozpuszcza się łatwo w gorącej wodzie, dając płyn zupełnie przeźroczysty o zabarwieniu żółtozielonkawem; rozczyn ten jest kwaśny.

Z początku wstrzykiwano salwarsan w rozczynie kwaśnym wśródmięśniowo, ale wstrzykiwania te były bardzo bolesne. Alt i E. Hoffmann twierdzili, że kwaśny rozczyn działa niekorzystnie na czynność serca, a znaczne podwyższenie ciepłoty przypisywał Hoffmann kwaśnemu odczynowi salwarsanu. Później zaczęto salwarsan wstrzykiwać w rozczynie zasadowym śródmięśniowo w mięśnie pośladkowe. Wstrzykiwania te były czasami bardzo bolesne, a w miejscu wstrzyknięcia można było jeszcze po trzech tygodniach wyczuć duży naciek, przy dotykaniu bolesny.

W tutejszej klinice wstrzykiwano salwarsan w obu tych rozczynach również naprzód śródmięśniowo. Po tych wstrzykiwaniach chorzy często narzekali na dotkliwe bóle, a w miejscu wstrzyknięcia utrzymywał się nawet przez kilka tygodni naciek, który czasami dochodził do wielkości pięści. W moczu w niektórych z tych przypadków wcale arsenu nie można było wykazać, zwłaszcza po wstrzyknięciu salwarsanu już w gotowej zawiesinie, wprowadzonej w handel pod nazwą »Joha«. Po jednem takiem wstrzyknięciu Johy zgłosiła się chora w trzy miesiące po wyjściu z kliniki z ropniem w miejscu wstrzyknięcia, który musiano leczyć chirurgicznie. Wobec tego zaniechano później zupełnie wstrzykiwań śródmięśniowych i w dalszych przypadkach stosowano salwarsan w rozczynie zasadowym tylko śródżylnie.

Co do t e c h n i k i wstrzykiwania śródżylnego, podam tylko niektóre moje spostrzeżenia, gdyż dokładnego opisu wszystkich przyrządów, których liczba z dnia na dzień rośnie, a system wszędzie jednaki, nie mam zamiaru podawać. Do wstrzykiwania śródżylnego powinno się używać przyrządów o budowie najprostszej, gdyż im mniej złożona budowa przyrządu, tem przyrząd jest wygodniejszy i łatwiejszy do wyjałowienia. W tutejszej klinice wstrzykiwano zapomocą przyrządu Schreibera, który składa się z dwóch cylindrów szklannych o objętości 300 cm^3; obydwa cylindry umieszczone są w stojaku. Cylindry te u dna przechodzą w zwężenia z otworami i połączone są dwoma wężami gumowymi z kurkiem metalowym, który ma trzy rozgałęzienia; dwa rozgałęzienia są połączone zapomocą

rurek gumowych z cylindrami szklanymi, a trzecie wolne ma połączenie z igłą, która w danej chwili znajduje się w żyle. Według nastawienia kurka można płyn upuszczać z jednego lub z drugiego cylindra. Igła powinna być przedewszystkiem ostra, nie zbytnio wązka i nie za długa; długość jej nie powinna przekraczać 3 cm. Przy dłuższych igłach z łatwością można przebić żyłę na wylot, lub też uszkodzić ścianę żyły, a wtedy podczas wstrzykiwania natychmiast tworzy się skrzep i dalszy zabieg jest niemożliwy. Jeżeli igła jest tępa, to bardzo często żyła się usuwa i nie można wbić igły do jej światła. Aby igły były ostre i czysto utrzymane, najlepiej przechowywać je w naczyniu szklanem, wypełnionem alkoholem 76% z mentolem, a nie, jak to się zwykle robi, przed każdem użyciem gotować je w wodzie wrzącej, gdyż przez gotowanie nawet najostrzejsza igła stalowa tępieje. Prócz przyrządu potrzebna jest mała miseczka porcelanowa, pręcik szklany na jednym końcu kolbowato zgrubiały i wkraplacz szklany z podziałką na centymetry sześcienne.

Wszystkie te przybory należy przed użyciem dokładnie przeglądnąć i pamiętać zawsze wypróbować kurek, czy z łatwością daje się przekręcać. Zapóźno bowiem jest dopiero wtedy próbować kurka, gdy igła znajduje się w żyle, zwłaszcza, że kurki takie często się zacinają, lub też przez niedokładne oczyszczenie rdzewieją; do otwarcia takiego kurka musi się wtedy użyć pewnej siły, a wówczas igła może się wysunąć z żyły lub przebić ją na wylot. Cały przyrząd wraz z dodatkami należy przed użyciem wyjałowić.

Skoro już wszystko w ten sposób jest przygotowane, wysypujemy salwarsan z kolbki szklannej do miseczki porcelanowej (można go użyć, o ile jestto proszek jasno-żółty i bez woni), dolewamy kroplami 15% ługu sodowego (i to dla 0·6 gr salwarsanu 23—24 kropel, t. j. 1·4 cm^3; dla 0·5 gr salwarsanu 19—20 kropel, t. j. 0·95 cm^3; dla 0·4 gr 15—16 kropel, t. j. 0·76 cm^3; dla 0·3 gr 12 kropel, t. j. 0·57 cm^3; dla 0·2 gr 8 kropel, t j. 0·38 cm^3). Salwarsan, zmieszany z ługiem, rozcieramy pręcikiem szklannym dopóty, dopóki nie otrzymamy zupełnie przeźroczystego rozczynu, poczem dodajemy kilkadziesiąt cm^3 rozczynu fizyologicznego soli; wszystek płyn wlewa się do cylindra szklanego, uzupełniając rozczynem fizyologicznym soli w ten sposób, iż na każde 0·10 gr salwarsanu przypada 50 cm^3 płynu. Do drugiego cylindra nalewamy czystego rozczynu fizyologicznego soli. Rozczyn fizyologiczny soli w obu cylindrach powinien mieć 37°.

Po tych przygotowaniach możemy przystąpić do samego wstrzykiwania.

Wstrzykiwaliśmy zwykle do jednej z żył przegubu łokciowego. Podczas wstrzykiwania należy oczywiście zachować wszelkie ostrożności, stosowane zwykle przy wstrzykiwaniach śródżylnych, a przy samem wstrzykiwaniu pilnie baczyć, czy nie powstaje naciek w miejscu wstrzyknięcia, świadczący o wydostaniu się igły ze światła żyły i o gromadzeniu się płynu w okolicznej tkance podskórnej. W takim razie należy natychmiast przerwać wstrzykiwanie przez zakręcenie kurka i wyjąć igłę, albowiem gdyby się natychmiast tego nie zrobiło i dopuściło do powstania chociażby niezbyt dużego nacieku, to dalsze wstrzykiwanie śródżylne w tej okolicy stałoby się na dłuższy czas niemożliwe, a nadto sprawiłoby się choremu bardzo dotkliwy i długo trwający ból. U osób otyłych i u takich, które wogóle mają bardzo cienkie żyły, wprowadzenie igły do światła naczynia sprawia wielkie trudności lub jest zgoła niemożliwe bez odsłonięcia żyły, do czego w takim przypadku można się uciec.

Z powodu wyżej wymienionych trudności technicznych, a nadto z tego powodu, że chory powinien przynajmniej przez jedną dobę pozostawać po wstrzyknięciu pod ścisłym nadzorem, powinno się wstrzykiwania wykonywać w zakładach, mających odpowiednie urządzenie.

Wysokość dawki na jedno wstrzyknięcie wahała się od 0·3 gr do 0·6 gr. U osób starszych, osłabionych, jakoteż u kobiet dawka bywała nieco niższa. Średnie i najczęściej stosowane dawki wynosiły dla mężczyzn 0·5 gr, dla kobiet 0·4 gr. Kończąc na tem ogólne uwagi, przystępuję do omówienia spostrzeżeń klinicznych.

I. Salwarsan w chorobach parakiłowych.

Przekonawszy się o skuteczności salwarsanu we wszystkich świeżych sprawach kiłowych, poczęto go stosować w takich przypadkach, w których z wywiadów można było wnosić bądźto o przebytej, bądźto o dziedzicznej kile, jako też u chorych z wyraźnemi zmianami parakiłowemi, t. j. w wiądzie rdzenia i w zapaleniu poprzecznem rdzenia. Przypadków takich, nadających się do stosowania salwarsanu, było w klinice naszej czternaście z odczynem Wassermanna dodatnim (z wyjątkiem jednego przypadku poniżej opisanego).

Widocznej poprawy ogólnego stanu chorobowego nie zauważono w żadnym z tych przypadków, aczkolwiek chorzy (zwykle inteligentniejsi), którzy się sami dopraszali tego wstrzyknięcia, czuli się w kilka dni po wstrzyknięciu podmiotowo lepiej; przedmiotowo stan ich zupełnie się nie zmieniał. Chorzy na wiąd rdzenia dobrze znosili wstrzykiwania tak śródmięśniowe, jak też i śródżylne; w miejscu wstrzyknięcia nie było nigdy większej bolesności. Po śródmięśniowem wstrzyknięciu ciepłota u tych chorych nie podnosiła się; nacieki w miejscu wstrzyknięcia utrzymywały się przez dwa, a w kilku przypadkach przez 4 tygodnie. W moczu tylko w niektórych przypadkach po 24 godzinach można było stwierdzić arsen. Dawka jednorazowa wynosiła średnio 0·40 gr do 0·50 gr. Ważniejsze, przytoczenia godne przypadki z tego działu są następujące:

L. Dz. 143. L. t. 36. N. J. wachmistrz żandarmeryi żonaty, l. 43, zgłosił się do kliniki dnia 19. XII. 1910.

Rozpoznanie kliniczne: Tabes dorsalis, stadium, incip.

Wywiady: Obecna choroba miała się rozpocząć przed dwoma laty nagle utratą czucia w obydwu kończynach dolnych. Chodzenie było znacznie utrudnione. Stan ten trwał przez cztery miesiące i dopiero po zażyciu trzech flaszek leku przepisanego przez lekarza nastąpiła nieznaczna poprawa. (Jakie to było lekarstwo, nie można się było dokładnie dowiedzieć). Chory wtedy, dowiedziawszy się z dzienników o nowym środku Ehrlicha, udał się do szpitala w Wiedniu, gdzie mu wstrzyknięto śródmięśniowo salwarsan. Po tem wstrzyknięciu stan jego wcale się nie poprawił, i te objawy, które częściowo ustąpiły po lekarstwie, powróciły w całej pełni. Z tymi objawami zgłosił się chory do tutejszej kliniki. Z wywiadów wynikało, że chory przebył zakażenie kiłowe w 1903 r. i był leczony wstrzykiwaniami w mięśnie pośladkowe (wstrzykiwań takich otrzymał 20), następnie przez sześć tygodni zażywał jod.

Stan obecny: Chory o budowie prawidłowej, odżywieniu dobrem, bez poważniejszych zmian w narządach wewnętrznych. Siła mięśniowa w kończynach dolnych znacznie zmniejszona bez zmian odżywczych. Czucie na kończynach górnych, klatce piersiowej i na brzuchu bez zmian. Na goleni prawej i lewej, tak z przodu jak i z tyłu, czucie bolu, zimna i ciepła zmniejszone, na udzie prawem zupełnie zniesione, na udzie lewem czucie znacznie upośledzone. Chory chodzi na piętach i ma wrażenie, że chodzi po dywanie. Objaw Romberga wyraźnie zaznaczony, odruchy kolanowe wzmożone. Odczyn WNB z wynikiem ujemnym (— —).

Dnia 27. XII. 1910 wstrzyknięto choremu salwarsan w mięsień pośladkowy prawy w ilości 0·40 gr. Chory po wstrzyknięciu nie miał żadnych dolegliwości, ani wzniesienia ciepłoty. Przedmiotowo stan chorego, badany w osiem dni po wstrzyknięciu, zupełnie się nie zmienił. Dnia 10. I. 1911 wstrzyknięto choremu po raz drugi salwarsan śródżylnie w ilości 0·5 gr. W godzinę po wstrzyknięciu wystąpiły silne dreszcze, trwające blizko godzinę, poczem ciepłota ciała podniosła się do 39°C. Dreszcze się już nie powtórzyły, ale gorączka dochodząca do 38·4° C. utrzymywała się jeszcze przez następną dobę. Dolegliwości po wstrzyknięciu chory nie miał. Po upływie doby ciepłota ciała opadła do 36·7°C i od tego czasu nie było już nieprawidłowego podniesienia ciepłoty.

W moczu w trzy dni po wstrzyknięciu stwierdzono arsen. Chory pozostawał jeszcze w klinice do dnia 23. I. 1911, ale stan jego zupełnie się nie zmienił. Chory bez śladu poprawy opuścił klinikę dnia 24. I. 1912.

Przypadek ten, choć klinicznie mniej ciekawy, przytaczam w tym celu, by wykazać, że salwarsan wbrew przekonaniu klinicystów w przypadkach rozpoczynającego się wiądu nic lub niewiele pomaga.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Prymaryusz Radca Dr A. Krokiewicz).

O rzekomo mocznicowej postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, oraz o t. zw. meningizmie.

napisał

Dr Maryan Godlewski.

(Dokończenie.)

O ile tedy każda niewątpliwa ostro powstająca sztywność karku zwraca zawsze myśl lekarza ku zapaleniu opon, to przypuszczenie to rośnie do granic prawdopodobieństwa, jeśli dołącza się do tego objawu gorączka ze znamiennem dla zapalenia opon mózgowych zachowaniem się tętna. I tym objawom tedy kilka słów poświęcić należy.

Gorączka, towarzysząca z reguły wszystkim sprawom zakaźnym, nie ma już z tego względu dla zapalenia opon cech swoistości; nabiera ich jednak, gdy chodzi o zajmującą nas właśnie rzekomo mocznicową postać zapalenia opon.

Mimo, że wszystkie podręczniki chorób wewnętrznych wyraźnie zaznaczają, że ciepłota w przebiegu mocznicy podnieść się może nawet bardzo wysoko, jest to, wedle naszych spostrzeżeń, chyba objawem bardzo wyjątkowym. Jako regułę przyjąć należy, że w przebiegu niepowikłanej mocznicy ciepłota jest prawidłowa, albo nawet się obniża. Ile razy ciepłota w przebiegu mocznicy czas dłuższy była podniesiona, stwierdziliśmy po śmierci pewne powikłania, a mianowicie najczęściej schyłkowe zapalenie płuc. Sama mocznica doprowadza — jak słusznie zauważa Senator — tylko wtedy do wysokiego nawet podniesienia ciepłoty, jeśli występują na pierwszy plan obrazu klinicznego raz po raz powtarzające się napady drgawek [15]). Należy jednak zauważyć, że w tym razie źródłem podwyższenia ciepłoty jest nadmierna praca mięśniowa; jak bowiem wiemy od czasu podstawowych prac Becklarda, prócz gruczołów właśnie mięśnie stanowią główne źródło ciepła w ustroju. Wszakże to podniesienie ciepłoty spotykamy i po częstych, raz po raz powtarzających się drgawkach prawdziwej padaczki, co stanowi najlepszy dowód, że źródłem hyperpireksyi jest w tych przypadkach jedynie nadmierna praca mięśniowa; należy więc stwierdzić, że samozatrucie mocznicowe, jako takie, wywołuje raczej obniżenie ciepłoty ciała, bynajmniej jej zaś nie podnosi.

Stąd też we wszystkich trzech przypadkach mogliśmy stale utrzymujące się znaczne podniesienie ciepłoty zużytkować rozpoznawczo, odnosząc ten objaw, wraz z wyraźną sztywnością karku, do zapalenia opon mózgowych.

Nakoniec nie bez znaczenia jest — zdaniem mojem — i różnica w zachowaniu się tętna. I w przebiegu zapalenia nerek, względnie w przebiegu mocznicy, i w przebiegu zapalenia opon istnieje skłonność do zwolnienia tętna [16]); różnica zaznacza się dopiero w utrzymywaniu się tego objawu. Nie przypominam sobie ani jednego przypadku — mówię oczywiście stale o dorosłych — gdzieby zwolnienie to w zapaleniu opon mózgowych w późnych okresach niekorzystnie przebiegającej choroby nie ustępowało miejsca przyspieszeniu; tak było też we wszystkich opisanych powyżej przypadkach. Inaczej ma się rzecz w przebiegu niepowikłanej mocznicy. Mam w pamięci cały szereg przypadków, w których na pół godziny przed śmiercią stwierdzić mogłem doskonale napięte, twarde i wolne tętno [17]). To zachowanie się tętna w przebiegu mocznicy i sam obraz chorych, umierających w tym stanie, sprawia na mnie wrażenie, że śmierć następuje tu z reguły z porażenia oddychania, a nie krążenia, że zatem na produkta tego samozatrucia jest szczególnie wrażliwy przedewszystkiem ośrodek oddechowy. (Objawy t. zw. asthma uraemicum).

Powyżej starałem się wykazać, że przy zwróceniu bacznej uwagi na objawy, które są niejako dla zapalenia opon mózgu swoiste, można rozpoznać tę sprawę nawet w nieco zawiłym obrazie, zaciemnionym poniekąd przez dwuznaczne objawy wikłającego zapalenia nerek.

Pogląd więc Boucharda i Gauchera [18]) na białkomocz

[15]) Drgawki te jednak muszą być gwałtowne i częste. Obecnie mamy na sali chorego, u którego wystąpił silny, ale jednorazowy napad drgawek, ciepłota pozostała nadal prawidłowa.

[16]) Arytmia, względnie ten objaw, że w równych jednostkach czasu mamy nierówną ilość uderzeń, występuje w przebiegu zapalenia opon niestale.

[17]) Nawiasowo zaznaczam, że podobne spostrzeżenie zrobiłem też przy krwotokach mózgowych. To też w obu tych sprawach dobrem tętnem nie powinno się kierować w rokowaniu.

[18]) Gazette medicale de Paris 1881 Nr 10.

w przebiegu zapalenia opon, jako na objaw zakaźnego zapalenia nerek, uważać należy za zupełnie słuszny [19]). Dowodów na poparcie tego nietrudno dostarczyć. Nasze trzy przypadki nie mogą w tym względzie uchodzić za unikaty; w protokołach sekcyjnych podobne przypadki stwierdzano już nieraz [20]); nam szło tylko o zwrócenie na nie uwagi ze stanowiska dyagnostyki klinicznej i uzasadnienie tożsamości patogenezy tego rodzaju białkomoczu z pochodzeniem białkomoczu w przebiegu innych chorób, wywołanych przez zarazki chorobotwórcze.

Przypadki nasze wykazują, że z powikłaniem tem można się spotkać tak w przebiegu gruźliczego, jak i ropnego zapalenia opon. Mając na względzie tak te przypadki, jak i przypadki sekcyjne Hewelkego i jeden Lewkowicza [20], można stwierdzić, że możliwość równoczesnego zadziałania na układ nerwowy ośrodkowy i na nerki wspólna jest w tym razie wielu drobnoustrojom, gdyż wchodzą tu w grę bakterye gruźlicze, pneumokoki, enterokoki, meningokoki, a może i inne.

Wspólne omówienie charakterystyki wszystkich trzech przedstawionych przypadków wymaga pewnego uzupełnienia co do przypadku drugiego, dotyczącego Maryana L. Mimo rozpoznania zapalenia opon spodziewać się tu było można i spodziewaliśmy się istotnie, podobnie jak w dwóch pozostałych przypadkach, ropnego zapalenia opon; badanie pośmiertne wykazało jednak w tym przypadku zapalenie opon gruźlicze. Przykład — jeden z wielu — ostrzegający przed przywiązywaniem zbyt wielkiej wagi do tak rozpowszechnionych we wszystkich podręcznikach wskazówek, pozwalających rzekomo na wyróżnienie gruźliczego zapalenia opon od innych. Sceptycyzm pod tym względem jest zupełnie uzasadniony. Rozstrzygać tu może właściwie jedna jedyna metoda, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego pod względem fizycznym, mikroskopowym, a przedewszystkiem bakteryologicznym. O ile niewątpliwie opryszczce (herpes), pojawiającej się, jak wiadomo, mniej więcej w dwóch trzecich przypadków t. zw. nagminnego [21]) zapalenia opon, nie można odmówić w rozróżnianiu różnych postaci zapalenia opon pewnego znaczenia, o tyle na wszystkie inne, powszechnie podawane cechy różniczkowe za wiele spuszczać się nie należy.

I tak w omawianym przypadku, dotyczącym Maryana L., sprawa była przyrody gruźliczej, mimo że choroba rozpoczęła się nagle, bez żadnych zwiastunów, trwała krótko, bo wszystkiego tydzień, a badanie kliniczne żadnych zmian gruźliczych nie wykazało; i nic dziwnego, bo i po śmierci stwierdzono tylko w kilku gruczołach limfatycznych śródpiersia drobne zaledwie rozmiękające ogniska serowate. A rzecz dziwna. Punktem wyjścia zmian gruźliczych zapalnych na oponach są częściej zmiany, których — jeśli się tak wolno wyrazić — trzeba pracowicie szukać, aniżeli bijące w oczy zmiany, daleko posuniętej gruźlicy płucnej.

Cóż więc dziwnego, że na ujemnym wyniku klinicznego badania w kierunku zmian gruźliczych w ustroju wiele w tych razach polegać nie można. Że odwrotnie istnienie niewątpliwych zmian gruźliczych w ustroju nie przesądza o gruźliczej przyrodzie zapalenia opon, świadczy przypadek pierwszy, dotyczący Maryi O., u której mimo niewątpliwych gruźliczych wrzodów w jelitach, rozwinęło się w oponach zapalenie ropne, najprawdopodobniej t. zw. nagminne. Gdyby nie to, że cierpienie gruźlicze za życia niczem się nie objawiało, możnaby łatwo było przyjąć błędnie gruźliczą przyrodę zapalenia opon [22]).

Jeżeli tedy nawet istnienie niewątpliwie gruźliczych zmian w ustroju nie przesądza sprawy, to nie może jej tembardziej stanowczo przesądzać obarczenie dziedziczne. Żywo mi stoi w pamięci znamienny tego przykład. Młody chłopiec, podówczas uczeń gimnazyalny, przebył szczęśliwie ciężkie zapalenie opon, mimo że u ojca jego, zdeklarowanego suchotnika, znajdowałem w plwocinie mnóstwo prątków gruźliczych, brat ojca cierpi również na gruźlicę płuc, brat chorego kilka lat przedtem zmarł w 20. roku życia z powodu gruźlicy płuc, siostra zaś chorego z powodu nieznacznej, lecz niewątpliwej zmiany szczytowej, która dawała powód do kaszlu i stanów podgorączkowych, pozostaje u mnie w leczeniu.

Tym sposobem jesteśmy u kresu pierwszej części naszej pracy, w której chodziło o patogenezę białkomoczu w przebiegu zapalenia opon mózgu i rozwinięcie obrazu trudności, jakie dla dyagnosty powstać mogą wobec rzekomo-mocznicowej postaci tego cierpienia.

Podnosząc niemal patognomoniczne znaczenie pewnych objawów dla zapalenia opon mózgowych, zaznaczyliśmy już mimochodem, że i w tym względzie nie możemy się obejść bez pewnych zastrzeżeń, które w drugiej części pracy naszej omówić zamierzamy. Chodzi mianowicie o to, że objawy, które słusznie niemal za swoiste dla zapalenia opon mózgu uchodzą, a więc objaw Kerniga, a przedewszystkiem sztywność karku, mogą występować wyjątkowo i bez zapalenia opon. Nic dziwnego, że spotykamy te znamienne objawy tam, gdzie zapalenie płuc lub dur brzuszny wikła się zapaleniem opon mózgu, ale szczególną jest rzeczą, że właśnie w przebiegu tych dwóch chorób spotkać możemy wyjątkowo objawy, przemawiające za zapaleniem opon, mimo że sekcya stwierdza potem brak tej sprawy w oponach mózgu. Zagadkowy ten stan, spotykany względnie najczęściej, ale nie wyłącznie w przebiegu tych właśnie dwóch chorób, nazwał Dupré meningizmem.

Patogeneza tego dziwnego zjawiska jest zupełnie ciemna; teoretycznie rzecz biorąc, nasuwają się, zdaniem mojem, dwie następujące możliwości:

---

[19]) Tak zw. białkomocz gorączkowy tu także zaliczamy, opierając się na twierdzeniu Krehla, że różnica w tym względzie z zapaleniem nerek jest raczej ilościowa, niż jakościowa.

[20]) I tak w protokołach sekcyjnych, zaczerpniętych z pracy Hewelkego: Obecny stan etyologii zapalenia opon mózgo-rdz. (Kronika lek. 1894 Zeszyt 3) na 4 zmarłych dwa razy znaleziono »zmętnienie ćme« w nerkach. U obu za życia prócz białka i krwi znajdowano też w moczu wałeczki.

Krwotoczne zapalenie nerek wykazała również sekcya w jednym z przypadków Lewkowicza: O etyologii zapaleń mózgo-rdz. i znaczeniu rozpoznawczem nakłucia lędźwiowego, Przegl. lek. 1900.

[21]) Nazwa »nagminnego lub epidemicznego« zapalenia opon jest niewłaściwa, rozumie się bowiem przez to postać, którą wywołują swoiste drobnoustroje, mianowicie meningokoki. Tymczasem sporadycznie występujące przypadki są często tego samego pochodzenia, a paradoksalnie wygląda mówić o epidemii, którą przedstawia np. jeden przypadek. Nazwa zapalenia meningokokowego lub zapalenia opon swoistego byłaby właściwsza.

[22]) Zaznaczyć powinienem, że znane są wyjątkowe przypadki, w których w płynie mózgowo-rdzeniowym znajdowano prócz bakteryi gruźliczych równocześnie meningokoki (Heubner, Lewkowicz).

1) Objawy swoiście mózgowe (np. sztywność karku), zjawiające się bez wykazać się dającego zapalenia opon mózgowych, mogą być wyrazem jedynie czynnościowych zmian, zachodzących w układzie nerwowym ośrodkowym na tle toksycznem.

2) Objawy te, nawet zjawiające się bez dającego się wykazać zapalenia opon mózgowych, są zawsze wywołane zmianami anatomicznemi; zmiany te jednak mogą być inne, aniżeli się spodziewamy, mogą być nie w samych oponach, ale gdzieindziej, mogą być niemożliwe do stwierdzenia, tak ze względu na niedostateczność metod, któremi dziś rozporządzamy, jako też i ze względu na tę okoliczność, że ośrodkowy układ nerwowy jest za życia chorego dla bezpośredniego badania niedostępny, po śmierci zaś pewne zmiany (np. przekrwienie, obrzęk) mogą ulegać mniejszej lub większej regresyi, przez co możliwe jest złudzenie braku zmian anatomicznych.

Zastanawiając się nad tą rozbieżnością między spostrzeganiem klinicznem, a wynikiem pośmiertnego badania, dochodzi się do przekonania, że o ileby w przyszłości miało paść nieco światła na te do dzisiaj zupełnie ciemne sprawy, należałoby przyjąć za zasadę, aby nie te przypadki, w których się coś na oponach stwierdza, ale właśnie te, w których wynik sekcyi, mimo podejrzanych za życia objawów, był ujemny, były pod względem histologicznym badane wszechstronnie. Brak zmian makroskopowych na oponach nie może bynajmniej zadowolnić, odkąd cały szereg niemieckich i francuskich badaczy (Schulze, Roger Voisin) zgodnie stwierdzili, że opony, które przy badaniu gołem okiem wyglądają prawidłowo, przedstawiają przy badaniu drobnowidowem nieraz już wyraźne zmiany. Byłaby w tem — sądzę — zupełna analogia z tem, co niejednokrotnie zdarza się co do zmian zapalnych w nerkach. Wszak dalej niezmierna częstość gruźlicy ze stanowiska anatomopatologicznego stwierdzona została dopiero wtedy, gdy Naegeli wszystkie narządy badać postanowił nietylko makroskopowo ale i mikroskopowo.

Sama dalej patogeneza tych niejako swoistych objawów (np. sztywności karku i objawu Kerniga) zdaje się nawoływać, aby nie poprzestawać na zbadaniu samych tylko opon mózgu, chociażby w sposób możliwie wyczerpujący. Wszak związek między np. sztywnością karku, a stanem zapalnym w oponach mózgu jest tylko pośredni, same zmiany na oponach mózgu nie mają właściwie z powstawaniem objawu tego nic wspólnego, a tylko szerzenie się sprawy zapalnej na korzonki rdzenia. Nie inaczej ma się rzecz i z objawem Kerniga.

To też w każdym przypadku, gdzie zachodzi pod tym względem między oczekiwanym, a faktycznym stanem opon sprzeczność, mógłby być wynik anatomicznego badania dopiero wtedy uznany za ujemny, jeźliby cały teren, w tym razie w grę wchodzący, okazał się istotnie i pod każdym względem nietylko makroskopowo, ale także i mikroskopowo nie zmieniony. A że terytoryum, w którem zachodzące zmiany na dany objaw mogą wpływać, niezawsze przy dzisiejszym stanie nauki — jest ściśle określone, więc nie chcąc nic przeoczyć, wypadnie często robić poszukiwania na terenach, pozornie dla danego objawu w grę nie wchodzących. Za tem, że te teoretyczne czysto wywody mają wiele za sobą, przemawiać się zdaje ciekawa praca Laignel-Lavastinea [23]), który tylko w tych przypadkach ogniskowego zapalenia płuc stwierdził, mimo zupełnie prawidłowych opon, zmiany w wielkich komórkach piramidalnych mózgu, gdzie za życia stwierdzono objawy, budzące przypuszczenie zapalenia opon.

Jak jedynie mikroskopowe badanie, i to różnych terenów, jest w tych razach rozstrzygające, wynika szczególnie plastycznie z pracy Osekiego [24]), która ukazała się przed kilku miesiącami. Mianowicie w 6 przypadkach z klinicznem rozpoznaniem zapalenia opon (meningitis), a ujemnym wynikiem sekcyi, stwierdził Oseki mikroskopowo typowe zmiany zapalne w oponach, w 5 innych, z tem samem klinicznem rozpoznaniem, były i mikroskopowo opony nie zmienione, natomiast znaleziono wyraźne ogniskowe zmiany zapalne w samej substancyi mózgowej (encephalitis). Należy jeszcze podnieść, że na 10 osób zmarłych w przebiegu zapalenia płuc stwierdził Oseki 4 razy mikroskopowo zapalne ogniskowe zmiany w oponach lub samej tkance mózgowej mimo zupełnie klinicznie w tym kierunku skrytego przebiegu sprawy i prawidłowo dla gołego oka wyglądających opon i mózgu.

O tem, że nietylko zmiany zapalne w oponach, ale i inne zmiany, niemniej jednak anatomiczne, wywołać mogą charakterystyczny, a przynajmniej mocno podejrzany zbiór objawów klinicznych, świadczy następujące własne spostrzeżenie:

Przed kilku miesiącami przyjęto na oddział wewnętrzny naszego szpitala 15-letniego chłopca, wysoko gorączkującego i zupełnie nieprzytomnego. Nie było wprawdzie ani sztywności karku, ani objawu Kerniga, uderzała jednak ta okoliczność, że chory, który w ciągu 10-dniowej obserwacyi nie wypowiedział ani jednego wyrazu, tak że sprawiało to wrażenie, iż chory mówić nie może, wydawał od czasu do czasu znamienny krzyk, tak częsty w przebiegu zapalenia opon mózgu, zwłaszcza u dzieci (cri hydrencephalique). Prócz tego istniała bardzo wyraźna przeczulica skórna i bardzo wzmożona pobudliwość naczynioruchowa, tak że chory to bladł, to nagle się czerwienił. Ilość uderzeń tętna przyspieszonego była w poszczególnych jednostkach czasu wyraźnie zmienna, brzuch był zapadnięty, śledziona nie powiększona, stolec zaparty, źrenice nierówne, prawie nie oddziałujące na światło.

Mimo, że brak powiekszenia śledziony, nie wzdęty, ale przeciwnie zapadnięty wyraźnie brzuch, zaparty stolec, znamienny krzyk (cri hydrencephalique), przeczulica i objawy pobudzenia sfery naczynioruchowej przemawiały raczej za sprawą mózgową, niż za durem brzusznym, wykonaliśmy odczyn Widala i ku naszemu zdziwieniu znaleźliśmy wybitnie dodatni (1:100). Chory zmarł i cóż się pokazało. Oto w przebiegu duru brzusznego przyszło do zakrzepu w zatoce sierpowatej, którą to zmianą tłomaczyć należało spostrzegane za życia tak podejrzane objawy.

Mając do czynienia z narządem głęboko ukrytym i niedostępnym dla bezpośredniego badania za życia, nie możemy określić ściśle, jaką właściwie rolę odgrywają same tylko zaburzenia w krążeniu, a przedewszystkiem przekrwienie, na powstawanie owych znamiennych klinicznych objawów meningizmu; a przecież wyłączyć tego niepodobna. Wszak przekrwienie stanowi niejako już wstęp do sprawy zapalnej, wszak, biorąc analogię z t. zw. piorunującemi posta-

[23]) Archiv. de med. exper. 1903.

[24]) Oseki: Über makroskopisch latente Meningitis und Encephalitis bei acuten Infectionskrankheiten (Zieglers Beitr. Bd. 52, 1912).

ciami płonicy, można sobie łatwo wyobrazić, że i tu przy bardzo zjadliwem zakażeniu, a może i słabej odporności, może śmierć nastąpić jeszcze przed wytworzeniem się, przynajmniej makroskopowo widocznego, stanu zapalnego w oponach, podobnie jak jeszcze przed okazaniem się wysypki. Pamiętam niedawno przypadek taki w szpitalu, gdzie w przebiegu zapalenia płuc mimo bardzo znamiennych za życia objawów, prócz przekrwienia, przynajmniej makroskopowe badanie opon nic nie wykazało. W innym znowu przypadku, dotyczącym duru brzusznego, nie stwierdzono po śmierci nawet wyraźnego przekrwienia [25]). Sądzę jednak, że brak przekrwienia po śmierci nie wyłącza bynajmniej istnienia tegoż za życia; nie wyłącza przynajmniej dla tego, kto ma przed oczami żywe przeciwieństwo, jakie zachodzi za życia i po śmierci w skórze chorych na różę, płonicę, dur plamisty i t. d.

Nie jesteśmy niestety w szczęśliwem położeniu laryngologów, którzy mogą za życia chorego oglądać wiernie w lustrze odbity, anatomiczny obraz narządów.

To głębokie ukrycie i niedostępność dla bezpośredniej za życia obserwacyi chorego narządu stanowi główne źródło ciągłej niepewności. Wszelkie pośrednie metody wnioskowania o jego stanie okazują pewne niedobory. Nawet nakłucie kanału kręgowego, mimo ogromnych zasług w tym względzie, niezawsze wolne jest od tego zarzutu, nawet tam, gdzie wymagamy odeń tylko wskazówek rozpoznawczych za lub przeciw ostremu zapaleniu opon mózgowordzeniowych [26]), a przecież wchodzić tu w grę mogą nietylko sprawy zapalne, mogą być opony niezmienione, a inne części układu nerwowego ośrodkowego chore i anatomicznie zmienione. Nie można wreszcie zapominać, że techniki badania histologicznego nie mamy prawa uważać za naukę skończoną. Istnienie takich zmian anatomicznych, których przy dzisiejszym stanie wiedzy stwierdzić niepodobna, nie jest wcale rzeczą nie do pomyślenia i myśl ta w nauce wciąż się błąka. Wspomnę tylko o hypotetycznych wprawdzie, ale mających coś za sobą subtelnych zmianach, powstających w mięśniu znużonym lub w utkaniu mózgu po silnych wstrząsach, o prawdopodobnej alteracyi tkanek pod wpływem t. zw. przeziębienia. Wszakże ilość chorób bez tła anatomicznego systematycznie maleje, właśnie dlatego. że pokazują się zmiany tam, gdzie ich dawniej nie przypuszczano, a przynajmniej stwierdzić nie umiano. Zmiany anatomiczne w przebiegu wścieklizny są dobrym tego przykładem. Uwidacznianie chociażby prątków gruźliczych zapomocą swoistej metody barwienia jest jednym z uderzających przykładów znaczenia metody. Że wykrycię pewnych zmian układu nerwowego stoi z postępami metod histologicznych w najściślejszym związku, tego udowadniać nie trzeba. Jako przykład wspomnę o t. zw. narządzie Golgiego w komórkach nerwowych, który tylko zapomocą pewnych metod utrwalania i barwienia da się uwidocznić. Nie jest niepodobne, że dalszy w tym kierunku postęp wykryje pewne, dla zajmującej nas sprawy ważne, a dotąd nieuchwytne zmiany.

Takie refleksye przychodzą niewątpliwie na myśl każdemu, kto ku swemu zdziwieniu przekonał się przy sekcyi, że opony i mózg są makroskopowo prawidłowe, mimo, że za życia chorego istniały mocno podejrzane w tym kierunku objawy.

Niepodobna przesądzać dzisiaj, czy przyszłe badania, które, jak się starałem wykazać, będą musiały walczyć z wielu trudnościami, oświadczą się za, czy przeciw anatomicznym zmianom w tych stanach, które określamy pojęciem meningizmu. Mnie zdaje się pierwsze bardziej prawdopodobne. Niewątpliwie, że pewne słabe strony, nieodosobnione zresztą w patologii, ma tłomaczenie stałego ściśle określonego zbioru objawów klinicznych t. zw. meningizmu, zmianami napewne różnemi, nietylko co do nasilenia i swej istoty, ale przedewszystkiem co do terytoryalnego rozmieszczenia, cóż dopiero, gdy chodzi o zmiany tylko hypotetyczne. Nie sądzę jednak, aby przyjęcie tła czynnościowego na podstawie toksycznej, nie nastręczało również wielu zagadek. Dlaczego tam, gdzie stale jest powód do zaburzeń toksycznych, objawy meningizmu są tak bardzo wyjątkowe, na to odpowiedzieć nie potrafimy. Dlaczego nie spotykamy ich niejednokrotnie mimo bardzo ciężkiej intoksykacyi, to znowu spotykamy w przypadkach wcale niezbyt ciężkich? Ostatnimi czasy widzieliśmy w szpitalu objawy meningizmu w przebiegu średnio-ciężkiego zapalenia płuc, w czasie którego chory był stale przytomny. Sztywność karku trwała dwa dni i ustąpiła jeszcze przed przełamaniem się choroby; chory wyzdrowiał. Niejednokrotnie widujemy w przebiegu ciężkich, nawet śmiertelnych zapaleń płuc u opilców burzliwe objawy mózgowe, bez śladu tych znamiennych przypadów, któreby naprowadzały na myśl istnienie zapalnych zmian na oponach. Burzliwe te objawy zależą nietylko od silnej intoksykacyi, ale i od małej odporności, wywołanej opilstwem. Jeżeli więc występowanie objawów meningizmu nie zależy ani od siły intoksykacyi, ani od braku nerwowej odporności, a objawy te chcemy pojąć, jako zmiany przyrody czynnościowej na tle intoksykacyi, działającej na układ nerwowy, to trudno się łudzić, że rozumiemy tu istotę rzeczy.

Dziwnem nie przestaje być dalej, aby jedne i te same toksyny raz wywoływały bardzo daleko idące zmiany anatomiczne, to znowu, aby zmian tych nie było wcale, mimo tego samego nasilenia, tychsamych znamiennych objawów klinicznych.

Pomijam wymienianie zwolenników jednej i drugiej teoryi, oraz pewne w tym względzie odcienia i drobne różnice w pojmowaniu sprawy, gdyż nie dorzuciłoby to nic pozytywnego do zajmującego nas przedmiotu. Wspomnę tylko, że pojęcie meningizmu, tak, jak je chciano ustalić pierwotnie, t. j. jako wyłącznie czynnościowej sprawy, uważać należy w każdym razie za zachwiane. I u nas daje się

[25]) Lewkowicz w analogicznym klinicznie przypadku znalazł w płynie mózgowo-rdzeniowym prątki Ebertha.

[26]) Dzisiaj wiadomo już napewne, że płyn mózgowo-rdzeniowy może wyjątkowo nie okazywać cech zapalnych, mimo daleko posuniętego zapalenia opon mózgowych, że może zupełnie nie zawierać drobnoustrojów i naodwrót, mimo braku wszelkich objawów mózgowych, wydobywano wyjątkowo płyn o wszelkich cechach płynu zapalnego, a nawet o cechach płynu, spotykanego przy gruźliczych zapaleniach opon. Wspominam o tem tylko nawiasowo; tłomaczenie tych zjawisk nie należy do zajmującego nas tematu. (W tym względzie wyczerpujące dane znaleść można w »Maladies des meninges« tom XXXV »Nouveau traite de medecine« per Brouardel et Gilbert. Paris 1912).

[27]) Stahr: Meningitis cerebro-spinalis vera, spuria (meningismus) et serica. Przegląd lek. 1911, N. 24.

[28]) Ruski Wracz 1910 Nr 46.

w tym względzie zauważyć zaznaczający się sceptycyzm. I tak Blassberg w dyskusyi nad odczytem Stahra [27]) w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem wyraził przekonanie, że w przypadkach tych chodzi jedynie o ilościowe, a nie o jakościowe różnice, że jednak i w przypadkach meningizmu chodzi o sprawę anatomiczną zapalną. Podobne zupełnie, a równie sceptyczne stanowisko wyraził przed trzema laty Zeidler [28]), zaznaczając, że właściwie niema powodu do osobnej nazwy, bo zdaniem jego, nawet tam, gdzie nakłucie dało wynik ujemny, chodziło zawsze o zapalenie opon, różnego tylko nasilenia. Późniejsze, a powyżej przytoczone badania autorów francuskich, a przedewszystkiem Laignel-Lavastinea zdają się przemawiać jednak za tem, że mogą tu prócz zapalenia opon wchodzić w grę w każdym razie i inne zmiany anatomiczne.

Starałem się wykazać, że wszechstronne, nietylko makroskopowe, ale także mikroskopowe badanie należących tu przypadków, przy coraz bardziej wydoskonalającej się metodyce wykrywania coraz subtelniejszych szczegółów, dotyczących zmian w tkankach, rokuje nadzieje na przyszłość. W każdym razie tak, jak dziś rzeczy stoją, przyznać trzeba, że jeszcze bez pojęcia meningizmu obejść się nie możemy.

Sądzę jednak, że bez względu na to, czy pojęcie to wiążemy w myśli z anatomicznem podłożem, czy nie, powinniśmy w każdym razie mieć ciągle na oku, że pojęcie meningizmu, jak zresztą tyle innych pojęć w każdej nauce, nie jest, tak jak dziś rzeczy stoją, właściwie niczem więcej, jak tylko dyskretnem pokryciem naszej nieświadomości.

Mimo jednak, że przez pojęcie meningizmu, objawy charakterystyczne dla zapalenia opon ulegają niewątpliwie ze stanowiska dyagnostyki pewnemu ograniczeniu, nie dotyczy to bynajmniej zajmującej nas postaci rzekomo mocznicowej, pamiętać bowiem należy, że w przebiegu mocznicy objawów tego rodzaju, jak objaw Kerniga, a przedewszystkiem sztywność karku, nie spotykamy nigdy; dlatego objawy te, gdy chodzi o odróżnienie od mocznicy, zachowują swą pełną rozpoznawczą wartość.

Powyżej naszkicowane obserwacye kliniczne, oraz teoretyczne wywody upoważniają może — jak sądzę — do następujących wniosków:

1) Patogeneza białkomoczu w przebiegu zapalenia opon mózgowych jest w zasadzie taka sama, jak w przebiegu innych chorób zakaźnych.

2) Nawet wtedy, gdy istnieją wyraźne objawy ostrego zapalenia nerek, należy przyjąć zapalenie opon mózgowych, jako sprawę główną, jeżeli u chorego spotykamy objawy swoiście mózgowe, a przedewszystkiem sztywność karku z równoczesną gorączką i tętnem zrazu zwolnionem, a później przyspieszonem.

3) Mimo, że objawy, dla zapalenia opon znamienne, mogą z przyczyn nie całkiem nam jeszcze jasnych wystąpić wyjątkowo i bez zapalenia opon, zwłaszcza w przebiegu zapalenia płuc i duru brzusznego, to jednak jest zwłaszcza sztywność karku jednym z najbardziej znamiennych objawów zapalenia opon mózgu. Obecność tego objawu jest zawsze w tym kierunku podejrzana, stały brak jego czyni zapalenie opon mózgu nieprawdopodobnem.

4) W przebiegu mocznicy objawu tego nigdy nie spotykamy.

5) Jeżeli w przebiegu mocznicy, przebiegającej bez napadów drgawek, ciepłota dosięga wysokich stopni, to przemawia to za jakiemś powikłaniem, najczęściej schyłkowem zapaleniem płuc. Mocznica sama przez się usposabia raczej do obniżania się, a nie do podwyższania się ciepłoty.

6) Śmierć z powodu mocznicy niepowikłanej następuje najczęściej wśród objawów porażenia oddychania; dlatego w przeciwieństwie do zapalenia opon mózgu, gdzie w ostatnim okresie zwolnienie tętna ustępuje miejsca przyspieszeniu, utrzymuje się w obrazie niepowikłanej mocznicy nieraz nadspodziewanie długo wolne i twarde tętno.

7) Pojęcie meningizmu jest pojęciem tymczasowem, najprawdopodobniej zanadto ogólnem, które w przyszłości rozpadnie się prawdopodobnie na szereg pojęć szczegółowych, określających każdorazową zmianę anatomiczną.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Wederhake: **Prosty sposób wyjaławiania katgutu zapomocą gorącego powietrza** (Zentrblt. für Chir. 1912 Nr 20). W zwykłym sterylizatorze Föderla umieszcza się katgut, zalewa do połowy naczynia rozczynem: »Rp. Jodi pur. 0,1 Carbon. tetrac. ad 100,0« i po szczelnem zamknięciu wyjaławia się przez 1/2 godziny w sterylizatorze wodnym. Potem wentylem wypuszcza się nagromadzony gaz, a katgut po otwarciu umieszcza się w szklanem naczyniu, zawierającem nieco czystego jodu. Katgut w ten sposób wyjałowiony jest trwały, giętki, na pewno jałowy, nie trujący i nie drażniący tkanek, nie wala rąk. Sposób sam jest prosty i tani i można go powtarzać bez wpływu na trwałość katgutu. K.

Rubesch: **Przyczynek do zatorowego zawlekania się pocisków** (Beitr. z. klin. Chir. 80, II). Opis przypadku, w którym pocisk rewolwerowy, skierowany w serce, z prądem krwi przeniósł się następowo do tętnicy biodrowej, skąd został operacyjnie usunięty. Podobnych przypadków opisano dotąd 17, z czego 13 spostrzegano za życia, 4 na stole sekcyjnym. K.

Lewin: **Postępowanie przy sztucznem oddychaniu u pozornie zmarłych i duszących się** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 47). Wszystkie stosowane dotąd sposoby sztucznego oddechu mają wady, są albo mało dokładne, albo też zbyt męczące. L. zamiast nich poleca używać specyalnego stołu, na którym przymocowuje się nieprzytomnego i wykonuje spokojnie i z łatwością ruchy oddechowe, przypominające w zasadzie stosowane u noworodków wahania Schultzego, t. j. wydech następuje przez opuszczenie głowy ku dołowi i ucisk brzucha i klatki piersiowej przez spadające ku przodowi kończyny dolne, a wdech odwrotnie przez podniesienie i wyprostowanie chorego. Usuwa się przytem bardzo dobrze wszelką wydzielinę z dróg oddechowych i wywołuje się dopływ krwi do mózgu. Przyrząd Lewina jest lekki, posługiwać się nim łatwo, a wystarczy do tego jedna osoba. A.

Einsiedel: **Leczenie czyraka i trądzika opsonogenem** (Tow. lek. Drezno X. 1912). Na podstawie 82 przypadków zachęca E. bardzo do leczenia czyraka, trądzika i podobnych cierpień opsonogenem. Działanie opsonogenu jest ogólne i miejscowe. Ogólne, występujące zwykle z początku, przypomina zrazu żywo działanie bromu, potem wywiera korzystny wpływ na stan ogólny i niedokrwistość. Miejscowo zaś działa opsonogen, wywołując rychłe ustąpienie obrzęku, szybkie oddzielanie się czopa, chroniąc od

nawrotów w okolicy pierwotnego ogniska i t. p. Dawkowanie opsonogenu musi być indywidualizowane. E. zaczyna zwykle od 50—60 milionów gronkowców, podnosząc w miarę potrzeby stale dawkę i stosując ją pewien czas także po wyzdrowieniu dla zapobieżenia nawrotom. Najwyższa dawka wynosiła 1500 milionów gronkowców. Wstrzykiwania wykonuje E. pod skórę pleców ew. w okolicę ogniska chorobowego. Przez to leczenie osiąga się przy ciężkich uporczywych czyrakach około 82% wyleczeń; nieco gorsze już są wyniki przy trądziku. A.

Förstige: **Chirurgiczne leczenie choroby Basedowa** (Inaug. Diss. Heidelberg 1912). Na podstawie statystycznych badań 32 chorych operowanych z powodu choroby B., twierdzi F., że leczenie operacyjne daje znakomite wyniki, w 40% wyleczenie, w 32% wybitną poprawę. Śmiertelność jednak wynosi 12·5%. Wycinać należy spore części tarczycy, a krwotok skrupulatnie tamować. Leczenie zachowawcze nie powinno być dłużej stosowane, niż 3—4 miesięcy. Przypadki operowane zbyt późno dają naturalnie wyniki gorsze. K.

M. zur Verth: **Zarys ogólnej chirurgii morskiej** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 47). Chirurgia morska zajmuje z powodu obecnych sposobów walki na morzu, nieco odrębne stanowisko. W rachubę wchodzą tu zranienia torpedami, minami, pociskami armatnimi i utonięcia. 2/3 zranień pochodzi od granatów, 1/3 od uszkodzeń pośrednich. Prócz tego spotyka się często u marynarzy oparzenia wskutek wybuchu kotłów i przypadki zatrucia gazami. Lekarz walczyć tu musi z różnemi trudnościami, jak brakiem miejsca, kołysaniem się okrętu, nieraz brakiem asysty i t. p. Sam też kierować musi przenoszeniem chorych, do czego służą bardzo dobrze maty. Przed bitwą powinien wydać zarządzenia, by okręt jako tako odczyścić, co ze względu na późniejsze zranienia i gojenie się ran ma wielką wagę. Zwłaszcza polecenia godne jest malowanie okrętu pewnemi farbami, n. p. witraliną. Żołnierze zaopatrzeni być powinni w patrony opatrunkowe, naturalnie większe, niż piechota lądowa, bo i zranienia są tu poważniejsze. Chorzy powinni być umieszczeni w miejscu bezpiecznem zwykle na matach wiszących i opatrzeni tabliczkami z rozpoznaniem. Ciężko rannych powinno się przy najbliższej sposobności przenieść na ląd. Wykonuje się na morzu tylko operacye najpilniejsze, zresztą postępuje się o ile możności zachowawczo. Skórę odkaża się jodyną ręce operatora 70% alkoholem. Załogę ćwiczyć należy ciągle w pomaganiu lekarzom. K.

Tillmann: **Chirurgiczne leczenie padaczki** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 49). Bogate doświadczenie, zebrane we wszystkich krajach, przekonało nas już, że w wielu przypadkach padaczki, nawet rzekomo samoistnej, można przez operacyę uzyskać wynik stały, a naodwrót, że nieraz operować nie można, a raczej nie trzeba. I tak nie należy bezwarunkowo liczyć na skutek operacyi, gdy padaczka jest dziedziczną, gdy wykazać można w rodzinie choroby umysłowe, u przodków alkoholizm, histeryę i t. p. Natomiast bardzo nadają się do operacyi przypadki padaczki, która wystąpiła u ludzi zdrowych, pochodzących ze zdrowej rodziny, i to nagle, ew. po urazie. Wogóle urazowa padaczka daje nieraz bardzo dobre rokowanie. W ocenianiu przypadków pomaga bardzo badanie promieniami Röntgena. Wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego jest podług T. często nie przyczyną (z wyjątkiem guzów wodogłowia i t. d.), lecz następstwem napadów padaczki; dlatego też T. nie ma zaufania do leczenia t. zw. dekompresyjnego, celem zmniejszenia tego ciśnienia. Często przyczyna padaczki leży w wadliwej budowie czaszki lub mózgu, w zmianach mózgu, w zwężeniu otworu owalnego, zmianach w naczyniach lub oponach i t. d. i wtedy po zabiegu wiele spodziewać się nie należy. Ponieważ jednak obecnie śmiertelność po otworzeniu czaszki jest bardzo mała, próbować należy zawsze przy padaczce (gdy nie ma w wywiadach powyżej wspomnianych czynników dziedzicznych) trepanacyi, a nieraz przez to wykażemy nadspodziewanie zmiany, dające się operacyjnie usunąć. T. np. ma 57·7% wyleczeń po operacyi. K.

Zybell: **W sprawie kliniki i leczenia ropniaka opłucnej u niemowląt** (Monatschr. f. Kinderheilk. XI. 3). Ropniak opłucny u niemowląt ma tak pod względem klinicznym, jak i leczniczym, wiele odrębnych cech w porównaniu z ropniakiem u dorosłych. Tak n. p. nie cechuje go często żadna typowa gorączka, ma on skłonność do uogólniania się sprawy ropnej, przyczem rokowanie mimo to nie zawsze musi być złe. Również i leczenie jest inne, bo u niemowląt zwykle wystarcza zupełnie aspiracya ropy, ew. kilka razy powtarzana. Natomiast aspirować należy u niemowlęcia nawet najmniejsze nazbieranie się ropy. Prócz tego ogromnie wielką rolę odgrywa tu leczenie ogólne i dlatego Z. jest tego zdania, że raczej interweniować powinien tu pedyatra, niż chirurg. A.

Schwarzkopf: **W sprawie statystyki raka sutka** (Beitr. z. klin. Chir. 80, II). S. omawia materyał praskiej kliniki Wölflera, obejmujący za lata 1895—1910 przypadków 395. Dziesiąta część chorych nie nadaje się już zwykle do operacyi. Pięć razy spostrzegano raka w obu piersiach. Dziedziczność w 5·2%. Uraz i przebyte zapalenie sutka w 8—10%. U osób, które nie karmiły, występuje rak tylko w 13%. S. nie uważa powiększenia gruczołów nadobojczykowych za przeciwwskazanie do operacyi. Nawroty występują zwykle najdalej w 7 miesięcy po operacyi. Wyniki trwałe osiąga się tylko w 20·8%, śmiertelność 4·6%. K.

Salzer: **O dwoinkowem zapaleniu otrzewnej** (Archiv. f. klin. Chir. 98, IV). Na podstawie 13 operacyi u dzieci dochodzi S. do przekonania, że wczesna operacya daje w dwoinkowem zapaleniu otrzewnej bardzo złe rokowanie (11 zgonów) i z tego powodu w razie pewnego rozpoznania (wyłączenia zajęcia wyrostka) lepiej odczekać, aż się utworzą odgraniczone ropnie (wtedy śmiertelność tylko 16%). Niektóre objawy są dość cechujące dla tego cierpienia: bóle brzucha, wymioty, biegunka, sinica twarzy i opryszczka warg. Brzuch zwykle nie wzdęty, owszem przeciwnie nieraz ciastowato miękki. We krwi spotykać można dwoinki i stwierdza się leukocytozę neutrofilną. K.

Decker: **O torbielach trzustki** (Med. Klinik 1912, Nr 43). Torbiele trzustki występują zwykle między 30. a 50. rokiem życia. Rozróżniamy tutaj torbiele prawdziwe i rzekome (t. j. gdy torbiel tworzy się obok trzustki w torbie sieciowej przez wylanie się n. p. krwi). Torbiele mogą być proliferacyjne (adenocystoma), z zatrzymania treści powstałe, a wreszcie degeneracyjne (przy durze, zakażeniu i t. p.) Torbiele wrzekome nie mają własnej ściany; tworzą ją tkanki otaczające, a na niej nie ma wtedy wyściółki nabłonkowej. Trzecia część torbieli trzustki ma tło urazowe. Torbiele prawdziwe rozwijają się powoli, rzekome szybko, nieraz nagle. Treść torbiela jest zwykle kleisto-śluzowa, koloru bronzowego lub krwawego, czasem przeźroczysta jak woda. Czasem torbiele znikają nagle, bo treść wylewa się do jamy brzusznej. Z objawów wczesnych należy wymienić: brak apetytu, nudności, wymioty, chudnięcie, ew. bóle nerkowe, bóle w postaci kolek. Guz wyczuć można nieraz wyraźnie w górnej części brzucha po stronie lewej. Leczenie operacyjne, najlepiej wszycie torbieli w powłoki i sączkowanie, bo wycięcie bywa czasem technicznie zbyt trudne. Z czasem tworzy się przetoka, wobec której stosujemy odpowiednią dyetę (tłuszcze, białko, wody alkaliczne i dużo sody). A.

Laryngologia i otyatrya.

Sakai: **Zmiany anatomiczne przy złamaniach podstawy czaszki** (Archiv für Ohrenheilk. Tom 85, str. 188). Badania makroskopowe i mikroskopowe autora odnoszą się do 10 kości skalistych u pięciu ludzi po obustronnem

złamaniu podstawy czaszki. W żadnym z tych przypadków nie znaleziono złamania samej części kostnej błędnika, natomiast zawsze wybroczyny tak w zakresie nerwu słuchowego, jak jego gałęzi, nerwu ślimakowego i przedsionkowego. Obok wybroczyn często znajdowano rozerwanie niektórych włókien nerwowych i to częściej w nerwie ślimakowym 8 razy, a w nerwie przedsionkowym 4 razy. Również były wybroczyny i na innych miejscach, jak w okienku okrągłem, owalnem, w częściach miękkich przedsionka, kanałów półkolistych i innych.

W przypadkach złamań podstawy czaszki kończących się zresztą pomyślnie, upośledzenie słuchu, a nawet głuchotę wypadnie odnieść do wybroczyn i rozerwania włókien nerwowych. A. B.

Zange: **Przyczynek do zawodowego upośledzenia słuchu** (Archiv für Ohrenheilk. T. 86, str. 167). Badanie pośmiertne przypadku zawodowego upośledzenia słuchu (u kowala) potwierdziło w zupełności wyniki doświadczeń Wittmaacka, iż z przyczyny szkodliwego wpływu przychodzi wyłącznie do zmian w uchu wewnętrznem, mianowicie do zaniku obwodowych części nerwu ślimakowego, szczególnie w zakresie narządu Cortiego, a natomiast nerw przedsionkowy pozostaje zupełnie wolny. Klinicznie też stwierdza się brak objawów przedsionkowych. A. B.

Albrecht: **Leczenie gorącem powietrzem w laryngologii** (Archiv. Fränkla. T. XXVI, str. 509). Stosowanie ciepła, mające znaną wartość w cierpieniach krtani ostrych, w postaci gorących okładów, rozszerza autor także na różne schorzenia przewlekłe. Nowym też jest pomysł stosowania gorącego powietrza, wypróbowanego już w innych działach medycyny. Do tego celu służy skrzynka, odpowiednio zbudowana, która, od brody zacząwszy, przykrywa przednie i boczne części szyi, sięgając aż do barków i górnej części klatki piersiowej; brzegi uszczelnia się zapomocą waty asbestowej. Gorące powietrze o ciepłocie 100—110° C, stosuje się przez $^1/_2$—$^3/_4$ godziny codziennie lub co drugi dzień, zależnie od potrzeby. Obok więc stosowania ciepła sposobami takimi, jak dotychczas (wprawdzie o niższej ciepłocie i wymagającymi dłuższego czasu, obliczonego na dnie), przybywa w laryngologii działanie gorącem powietrzem przez okres krótki, energiczniejsze, ze skutkiem szybszym. A. B.

Cohn: **Zmiana w technice śródnosowego otwierania kanału nosowołzowego** (Archiv Fränkla. Tom XXVI, str. 523). Sposób, podany przez Westa, uległ zasadniczej zmianie w technice, gdyż zamiast wklęsłego dłutka zaleca autor przyrząd, używany zresztą do operacyi śródnosowych, tylko odpowiedniejszej wielkości. Po przecięciu śluzówki cięciem łukowem na 1 ctm. przed przednim końcem małżowiny dolnej i odsunięciu śluzówki ku tyłowi, przedostajemy się przez cienką blaszkę kości łzowej na tępo do kanału nosowołzowego, podanym przez autora przyrządem. Po rozcięciu ostrym haczykiem części błoniastej kanału nosowołzowego, zakłada się do wspomnianego przyrządu narzędzie w formie ostrej łyżeczki, którą możemy zrobić dowolnie szeroki otwór.

Sposobem tym operujemy pewnie, prawie ciągle pod nadzorem wzroku, co jest niemożliwe przy użyciu dłutka, które łatwo może zboczyć i obrazić sąsiednie części. A. B.

Lewinstein: **Tonsilla linguae lateralis** (Archiv Fränkla. Tom XXVI, str. 687). Obok typowej siedziby utkania gruczołowatego w jamie nosowogardłowej na podstawie czaszki, dalej między łukami podniebiennymi, a wreszcie na korzeniu języka, spotykamy często to samo utkanie na tylnej ścianie gardła i na ścianie bocznej (poza łukami tylnymi. Utkanie to spotykamy też, lubo rzadko, w jamie nosowogardłowej na fałdach trąbkowych; a wreszcie, jak to stwierdził autor badaniem histologicznem, znajduje się ono też w tyle na bocznych częściach języka, skąd może przejść na przednią powierzchnię łuku podniebiennego. Utkanie to tworzy tam jakby szereg brodaweczek, które ulegać mogą przerostowi, a zresztą zmiany chorobowe odpowiadają tutaj zupełnie zmianom, spotykanym w innych gniazdach utkania gruczołowego. Obok więc znanych powszechnie zmian czterech migdałków, dalej grudek ściany tylnej gardła, listew na ścianie bocznej gardła i utkania na fałdach trąbkowych (tonsilla tubaria), rozpoznawać będziemy także zmiany utkania gruczołowatego na tylnych bocznych częściach języka (tonsilla linguae lateralis). Zmiany w tem miejscu z pewnością były już nieraz spostrzegane, ale dopiero Lewinstein przez zbadanie histologiczne wykazał, iż nie są to brodaweczki językowe, za które je zazwyczaj uważano, ale że znajduje się tu utkanie gruczołowate, adenoidalne. A. B.

Dortu: **Magnezya palona a liczne brodawczaki krtani** (Annal. des mal. du laryn. etc. 1912, Nr 6). Od czasu jak Clavné zalecił dla leczenia nawrotów licznych brodawczaków krtani podawanie wewnętrzne palonej magnezyi w dawce 4 gramów dziennie, mnożą się spostrzeżenia tak z kontynentu, jak i z za morza, o skutecznem działaniu tego leczenia. Wynik jest pewniejszy i trwalszy, niż po stosowaniu soli jodowych lub arszeniku, a sposobu tego powinno się próbować w przypadkach nawrotów, względnie i przed zabiegiem. A. B.

Ryszard Landsberger: **Wysokie podniebienie** (Archiv für Anat. 1912). W doświadczeniach na szczeniętach, którym po jednej stronie szczęki górnej usunięto zarodki zębowe, stwierdzono zaburzenie w rozwoju kości podniebienia, przez co podniebienie było węższe, brak było wyrostka zębodołowego i cała połowa szczęki górnej była zapadła. Podobne zmiany spostrzega się i klinicznie u ludzi przy wrodzonym braku zarodków zębowych. Wyrostek zębodołowy jest bowiem wytworem zębów. Przyczynę wysokiego wązkiego podniebienia, a czasami wysokiego szerokiego podniebienia, któremu towarzyszą często wązkie jamy nosowe, upatrywać należy nie w zwężeniu jam nosowych (co i sprawozdawca wyłącza), ale w nieprawidłowem ułożeniu zębów. Listwa zębowa, z której rozwijają się zęby, nie leży powyżej podniebienia, ale więcej poniżej. Przez to przy rozwoju zębów następuje wydłużenie wyrostka zębodołowego, korzenie zębów nie dochodzą do wysokości jamy nosowej, ale całe mieszczą się w wyrostku zębodołowym, co musi wpływać ujemnie na rozwój na szerokość kości szczęk, względnie podniebienia. Podniebienie wytworzy się wysokie, choćby i prawidłowo szerokie, co zależy od ułożenia więcej lub mniej nizkiego listwy zębowej. Wysokie więc podniebienie ma przyczynę w nieprawidłowo nizkiem ułożeniu listwy zębowej, przez co następuje przedłużenie wyrostka zębodołowego z jednej, a zaburzenie w rozwoju kości szczęki górnej z drugiej strony. A. B.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XIX. ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 24 lutego (8 marca) 1912 r.

Obecnych członków 50, gości 15. Przewodniczący prezes Prof. Otton Czeczott. Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Nastąpiło odczytanie sprawozdań dorocznych: a) Sprawozdanie sekretarza działu naukowego »Związku« i wydziału lekarskiego, Doc. Sowińskiego: »Rok ubiegły był czwartym rokiem istnienia »Związku«, a jedenastym wogóle od początku naszego Towarzystwa. Posiedzeń naukowych ogólnych było razem 9, z nich 1 doroczne naukowo-administracyjne, 5 przypada na wydział le-

karski, 1 ogólne posiedzenie »Opieki lekarskiej«, a 2 pozostałe ogólne naukowo-administracyjne. Średnio uczęszczało na posiedzenia ogólne 51, na posiedzenia wydziału lekarskiego 36. Liczby te w roku zeszłym wynosiły 74 i 28. W dyskusyach nad odczytami brało udział 18 osób. Wygłoszono 14 odczytów, o 2 mniej, niż w roku zeszłym, z tych na posiedzenia ogólne przypada 5, na posiedzenia wydziału lekarskiego 9. Odczyty w porządku chronologicznym przedstawiają się, jak następuje: 1) Inż. jen. Kątkowski: O wyjaławianiu wody zapomocą ozonu i promieni pozafioletowych. 2) Doc. Dr Noiszewski: Odczuwanie światła i barw we dnie i o zmroku. 3) Dr Zdanowicz: W sprawie autoseroterapii przy wodniaku (hydrocele). 4) Prof. Ziemacki: Przypadek gruźlicy nerki i przewodu (nephrectomia). 5) Prof. Ziemacki: Sprawa organizacyi pomocy lekarskiej dla uczącej się młodzieży w Petersburgu. 6) Kand. chemii J. Szabłowski: Badania nad promieniotwórczością wód Birsztanskich wobec spółczesnego stanu wiedzy o promieniotwórczości wód mineralnych. 7) Dr Michałowicz: W sprawie gośćca gruźliczego (z pokazem chorego). 8) Dr Ostrowski: O wadach serca wrodzonych u osesków. 9) Dr Ostrowski: Morfologia krwi przy krzywicy (z pokazem preparatów). 10) Dr Michałowicz: O mylnem uzależnianiu gorączki od sprawy gruźliczej u odżywianych forsownie dzieci gruźliczych. 11) Dr Biron: Przyczynek do leczenia marskości zanikowej wątroby. 12) Dr Wilamowski: Kilka słów o chorobie Bantiego (z pokazem operowanej chorej i preparatów drobnowidowych). 13) Dr Bukowska: Wrażenia z podróży na daleki Wschód. 14) Prof. N. Cybulski: O pochodzeniu prądów czynnościowych w mięśniach (z pokazami świetlnymi). Porównując średnie liczby z liczbami roku zeszłego należy zaznaczyć, że liczba uczęszczających na posiedzenia lekarskie jest znacznie większą (36 i 28), posiedzeń wydziału lekarskiego mieliśmy 5, zaś w roku ubiegłym 4. Ogólna liczba posiedzeń pozostała taż sama, odczytów zaś o 2 mniej, niż w roku zeszłym. Co do wydziału lekarskiego, to obecnie mieliśmy 9 odczytów, w roku zaś zeszłym 7. Stąd wynika, że wydział lekarski z każdym rokiem coraz dobitniej zaznacza swoją żywotność«.

b) Sprawozdanie sekretarza działu administracyjnego »Związku« i wydziału lekarskiego, Dra Wilamowskiego.

A., Posiedzeń Rady było 3, na których uchwalono: 1) Dla ułatwienia zbierania składek członkowskich przelać tę czynność na osobnego inkasenta za wynagrodzeniem 10% od składki. 2) Aby użyć czynności sekretarzy w sprawie drukowania i rozsyłania zawiadomień, poruczono pełnienie tego osobnemu funkcyonaryuszowi za wynagrodzeniem 100 rs. rocznie. 3) Sekretarze poszczególnych wydziałów winni zawiadamiać sekretarza administracyjnego »Związku« o mającem się odbyć posiedzeniu wydziałowem, a to w celu uniknięcia jednocześnie posiedzeń ogólnych i wydziałowych, jak to niekiedy się zdarzało. Powtóre dość często odbywały się posiedzenia poszczególnych wydziałów jednocześnie, pomimo to zawiadomienia były rozsyłane z osobna, co zwiększało koszta drukarskie i pocztowe. 4) Sprawozdania z posiedzeń »Związku« uchwalono rozdawać członkom bezpłatnie.

B., Odbyło się jedno posiedzenie »Opieki lekarskiej« przy rzym. kat. Towarzystwie dobroczynności, na którem: 1) Dr Uliński przyjął na siebie czasowe bezpłatne pełnienie obowiązków lekarskich w przytułku ks. Około-Kułaka. 2) Prof. Dr Ziemacki poznajomił obecnych z projektem organizacyi pomocy lekarskiej dla uczącej się młodzieży w Petersburgu. Informacyjne odbitki, wydrukowane nakładem członka »Związku« p. Chabłowskiego, który ofiarował na ten cel 100 rs., zostały rozesłane wszystkim członkom; prócz tego 450 egzemplarzy przesłano do Towarzystwa dobroczynności. 3) Dokonano wyboru do Komitetu »Opieki lekarskiej«: prezes Prof. Dr O. Czeczott, wiceprezes Prof. Dr J. Ziemacki, sekretarze: Doc. Z. Sowiński i Dr B. Wilamowski, skarbnik Dr K. Uliński, opiekunowie: Prof. Dr St. Zaleski, p. E. Chrzanowski, Prof. Dr M. Raczyński, Dr L. Jastrzębski i Dr U. Wierciński.

C., 1) Związek wziął udział w uroczystości 50-letniego jubileuszu organu »Związku« »Przeglądu lekarskiego«, na której Prof. Zaleski reprezentował »Związek« i złożył adres, oraz w 50-letnim jubileuszu Towarzystwa psychiatrów w Petersburgu (Prof. Zaleski i Prof. Ziemacki) i w 25-letnim jubileuszu działalności Prof. Wołkowa. 2) W dniu 25-letniego jubileuszu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego posłano depeszę. 3) Na uroczystości odsłonięcia pomnika Prof. Tarchanowa reprezentowali »Związek«: Prof. Zaleski i Prof. Ziemacki. 4) Obchodzono 50-letni jubileusz członka »Związku« Dr Bolesława Skargi. 5) »Związek« złożył ofiarę w kwocie 30 rs. dla Towarzystwa opieki dzieci-sierot lekarzy.

D., »Związek« liczył członków: rzeczywistych 450, honorowych 3, korespondentów 19, a razem 472. Z tej liczby na wydziale lekarskim 137, na technicznym 232, przyrodniczym 34, odontologicznym 21. Przybyło nowych członków 29, 5 osób zmarło, 1 wystąpił.

Osoby urzędujące: prezes Prof. Otton Czeczott, wiceprezes wydziału lekarskiego Prof. J. Ziemacki, sekretarz naukowy Doc. Z. Sowiński, sekretarz administracyjny Dr B. Wilamowski, skarbnik Dr K. Uliński, bibliotekarz Dr. L. Jastrzębski. Wiceprezes wydziału przyrodniczego Prof. H. Merczyng, sekretarz B. Honowski; wiceprezes wydziału farmaceutycznego p. E. Chrzanowski, sekretarz p. Boharewicz; wiceprezes wydziału technicznego inż. jenerał E. Kątkowski, zastępca archit. p. Peretiatkowicz, sekretarz naukowy inż. Z. Kotarski, sekretarz administracyjny inż. techn. St. Korsak; wiceprezes wydziału odontologicznego Dr Zwierzchowski. Komisya rewizyjna składa się z osób następujących: prezes Dr U. Wierciński, członkowie: Prof. M. Raczyński, Doc. Z. Orłowski, Dr Al. Karnicki i p. Berkiewicz. Komitet budowy szpitala: prezydujący Dr E. Marcinkiewicz, skarbnik Dr Hattowski, sekretarze: Dr Jaksa-Bykowski i Dr W. Kozłowski.

c) Sprawozdanie sekretarza wydziału farmaceutycznego, p. Boharewicza:

W roku ubiegłym wydział farmaceutyczny nie miał posiedzeń ani odczytów z tego powodu, że wiosenne półrocze było poświęcone opracowaniu działu farmaceutycznego na Wystawę higieniczną w Dreźnie, gdzie przedstawiono w tablicach i cyfrowych danych ogólny stan farmaceutyczny w całem Państwie, nie wyłączając Królestwa polskiego. W drugiem półroczu pochłonęło dużo czasu wiceprezesowi p. E. Chrzanowskiemu opracowanie przyjęcia nowego prawa farmaceutycznego przez instytucye prawodawcze, a mianowicie Izbę i Radę Państwa.

d) Sprawozdanie sekretarza wydziału technicznego, inż. gór. p. Kotarskiego:

W roku ubiegłym odbyły się trzy posiedzenia: dwa pod przewodnictwem jen. Kątkowskiego, jedno pod przewodnictwem inż. Br. Lelewela. Na posiedzeniach tych zostały odczytane referaty: inż. Cierpińskiego: »O nowych lampach elektrycznych«, inż. Jasiewicza: »O stosowaniu rur z blachy falistej«, inż. Kotarskiego: »O robotach wiertniczych przy studyach nad projektem kanalizacyi Petersburga i wodociągu z Ładogi«. Na dwóch posiedzeniach rozpatrywano wniosek o utworzenie »Technicznej komisyi informacyjnej«.

Wydziały przyrodniczy i odontologiczny nie odbyły w ciągu roku ubiegłego żadnego posiedzenia.

e) Sprawozdanie skarbnika »Związku«, Dra Ulińskiego:

Za rok 1911 do kasy »Związku« wpłynęły składki od 96 osób po 5 rs., co stanowi 480 rs., więcej niż 1910 r., gdy było 435 rs. od 87 osób. W 1911 r. nie było żadnej składki dożywotniej, gdy 1910 r. była jedna od p. Michała Baczkowskiego w ilości 50 rs. Dochód brutto wynosi 2712 rs. 73 kop., rozchód 535 rs. 78 kop, zatem 1 stycznia 1912 r.

pozostało 2176 rs. 95 kop. Jest to cały kapitał »Związku«. Gdy porównamy ten dochód z 1910 r., to możemy zaznaczyć, iż w 1910 r. dochód był mniejszy, mianowicie 2331 r. 82 kop., zato rozchód był o wiele mniejszy, mianowicie o $3^1/_4$ razy, bo tylko 169 r. 69 kop. Stosunkowo do większego rozchodu »Związek« w tym roku otrzymał większy procent od kapitału, mianowicie 54 r. 60 kop., w roku zaś 1910 — 44 r. 97 kop. O wiele większy rozchód w 1911 r. tłomaczy się tem, iż na pierwszem miejscu stoi wydatek za pisanie adresów, w ilości 100 r., czego nie było w żadnym roku, ponieważ sekretarze spełniali to sami. Dalej rozchody drukarni stanowią niemałą cyfrę i jak zauważyła komisya rewizyjna w protokole za r. 1911, należałoby zmniejszyć tu główny wydatek, choćby przez zwrócenie się do innej drukarni, tańszej. Projekt ten wniesie skarbnik na najbliższem posiedzeniu Rady. Prócz tego skarbnik zaznacza, iż składki wpływają bardzo skromnie, bo dochód nie wzrasta proporcyonalnie do liczby zwiększającej się co roku członków »Związku«. Liczba wnoszących składki stanowi zaledwie $^1/_5$ część ogólnej liczby wszystkich członków.

f) Sprawozdanie skarbnika Komitetu budowy szpitala polskiego, Dra Hattowskiego:

Kapitał Komitetu budowy szpitala wynosi 6285 rsr. 42 kop. i znajduje się w oddziale warszawskiego Banku handlowego. (Szczegółowe dane w protokole Komisyi rewizyjnej).

g) Sprawozdanie bibliotekarza, Dra L. Jastrzębskiego:

Biblioteka w roku ubiegłym otrzymała następujące pisma lekarskie: Przegląd lekarski, Nowiny lekarskie, Gazeta lekarska, Tygodnik lekarski lwowski, Medycyna, Przegląd chorób skórnych i wener. Na rok 1912 do biblioteki zaprenumerowano przyrodnicze: Wszechświat i Kosmos. Nadesłali do biblioteki swe dzieła: Prof. Ciechanowski, Dr Dłuski i Prof. Gliński.

h) Sprawozdanie Komisyi rewizyjnej odczytał jej prezes: Dr Wierciński: »W dniu 20 lutego st. st. 1912 r. my, podpisani członkowie Komisyi rewizyjnej, przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgi rachunkowe, papiery usprawiedliwiające i sumy Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu za rok ubiegły 1911, z czego okazało się, że wszystkie pozycye przychodowe i rozchodowe zgadzają się w zupełności z podanemi w rachunkach przez skarbników. Ogólny stan posiadania kasy »Związku« 1 stycznia st. st. 1912 wynosi 2176 rsr, 95 kop., z której to sumy 1945 rsr. ulokowano jako conto czekowe Nr 2290 »Związku« w Petersburskim Oddziale Warszaw. Banku handlowego. a 231 rsr. w gotowiźnie u skarbnika »Związku«, Dra Konrada Ulińskiego.

Komisya rewizyjna uważa za swój obowiązek wskazać, że dla uniknięcia możliwych wątpliwości należy w księdze rachunkowej pozycye dochodowe roku bieżącego Nra 282—286 wyłącznie zamienić na Nra 282a, 283a, 284a, 285a, 286a, ponieważ już figurują one w pozycyach dochodowych z roku 1910.

Prócz tego Komisya rewizyjna zwraca uwagę na 1) niezbędną konieczność użycia wszelkich starań, aby składki roczne członków »Związku« wpływały do kasy regularnie, albowiem zaledwie $^1/_5$ ogólnej liczby członków uiszcza je bez zaległości; 2) byłoby pożądane zmniejszenie wydatków korespondencyjnych i drukarskich. Podpisali: U. Wierciński (prezes), Prof. Raczyński, J. Berkiewicz, Doc. Z. Orłowski.

My, podpisani członkowie Komisyi rewizyjnej w dniu 24 lutego st. st. 1912 r. przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgę rachunkową, dowody depozytowe i sumy Komitetu budowy szpitala polskiego przy Związku polskim lekarzy i przyrodników w Petersburgu za rok 1911, z czego się okazało, że wszystkie rachunki i dochody zapisano w zupełnym porządku. W dniu 1 stycznia 1912 roku kapitał Komitetu składa się z następujących pozycyi: 1) $4^1/_2$% obligacyi Petersburskiego miejskiego Tow. kredyt. na sumę nominal. 6500 rsr., ulokowanych w Petersb. Oddziale Warsz. Banku handlowego (dowody depozytowe Nr 1313 (1000 rs.) Nr 1835 (4800 rsr.) i świadectwo z dnia 24 marca st. st. r. 1911 wartości nominalnej 700 rsr. 2) 1 oblig $4^1/_2$% Mikołajewskiego miejskiego Towarzystwa kredytowego wartości nominalnej 100 rsr. ulokowany za pokwitowaniem Nr 1799 od 18 stycznia 1911 r. w tymże Banku. 3) 1 premiówka Banku szlacheckiego wartości nominalnej 100 rsr. serya 1260 Nr 10 ulokowana w tymże Banku i 4) na rachunku bieżącym w tymże Banku 299 rsr. 51 kop. Podpisali: U. Wierciński, J. Berkiewicz, Raczyński, Z. Orłowski«.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie za wyczerpujące sprawozdania, które najwymowniej świadczą o rozwoju »Związku«, a Zgromadzenie zatwierdza wszystkie sprawozdania.

II. Prof. St. Zaleski: **Wrażenia z letniej wycieczki naukowej w r. 1911.** Odczyt dotyczył międzynarodowego Zjazdu dla wychowania fizycznego w Odense (Dania), Dreździeńskiej Wystawy higienicznej i XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, w którym prelegent uczestniczył, jako delegat »Związku«. Przedstawiając referat ze Zjazdu w Odense, ściśle opracowany, równocześnie zawierający krytykę różnych poglądów w sprawie wychowania fizycznego, prelegent dał słuchaczom pelne wrażenie z przebiegu prac na Zjeździe. Mówca poruszył sprawę uroczystości pięćdziesięciolecia »Przeglądu lekarskiego«. Na ogólne żądanie został odczytany przez prelegenta adres, wystosowany przez »Związek« do Redakcyi »Przeglądu«. Brzmiał on następująco: »Dostojna Redakcyo! Na zgliszczach i popielisku umysłowego dorobku naszego, śród obcej, a macoszej opieki, w wyziębłych i zniszczonych gniazdach orłów białych, bez puchu, strawy i wolnej bezbrzeżnej przestrzeni — rodzić się poczęły, niby nowe feniksy; wątłe zrazu, a słabe pisklęta, żądne jednak lotu ku szczytom, nie odrazu dościgłym, ku słońcu i niebu, w dalekie a rodzime obszary. Czas i wyższe prawa wszechświata, a może niezbadane wyroki Opatrzności wzmocniły skrzydła i siły tych ptasząt, zahartowały je w ciągłej, a ustawicznej walce o byt i istnienie, i wypasowały wreszcie cudem ocalone orlęta na orłów, godnych swych praojców. I oto jeden z takich orłów, najstarszy i najzasłużeńszy z organów polskiej prasy zawodowej, »Przegląd lekarski« święci dziś gody pięćdziesięcioletnich narodzin swoich. Drogie, a pamiętne są to gody dla każdego Sarmaty, nie tylko lekarza, lecz i tego, co lekarskiej pieczy potrzebuje. Siałeś zawsze, czcinajgodniejszy, zacny Jubilacie, zdrowe i rodzajne ziarna na wyjałowione zagony gleby ojczystej, pielęgnowałeś i umierzwiałeś te ziarna całym zasobem ożywionych, skrzętnie zebranych sił i środków swoich, chroniąc je zawsze od wszelkich szkodników i pasorzytów. To też wydały one dziś plon nader obfity, przechodzący wszelkie oczekiwania spółczesnego Twoim narodzinom pokolenia: wszak dziś widzimy już w Tobie ośrodek do zespolenia i wymiany myśli nietylko dla oddzielnych jednostek, lecz i dla całych stowarzyszeń. Wszyscy, dla których byłeś piastunem i opiekunem, a niekiedy dobrodziejem i orędownikiem, zjawiają się dziś, jak jeden mąż, w myśl zasady »in unitate robur«, aby Ci złożyć jak najgodniejszy Ciebie hołd uznania i wdzięczności. A pośród nich, z wychodzącą nawet poza granice młodzieńczego wieku skwapliwością, rwie się naprzód ten, którego ze szczególną przygarnąłeś troskliwością od chwili jego powstania, przybysz z dalekiej, a mroźnej północy, lecz sam jeszcze nie zmrożony, aby i swój gorący wyraz uwielbienia zespolić z wyrywającem się z głębi serca u wszystkich życzeniem: Ad multos annos!«

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za ściśle opracowany odczyt.

Inż. technik Lelewel wnosi, ażeby prosić prelegenta o rozwinięcie tematu na następnych posiedzeniach wobec

tego, że, jak twierdzi sam mówca, zebrany materyał okazał się tak obfitym, iż trudno go ująć w jeden krótki wykład. Wniosek jednomyślnie przyjęto.

III. Inż. górn. Z. Kotarski: **O II Wszechrosyjskim Zjeździe pracowników w dziedzinie geologii stosowanej.** W tym odczycie mowca zwrócił główną uwagę na prace rodaków naszych: inż. górn. Czarnockiego, dotyczących pokładów nafty Majkowskiej; Prof. Zaleskiego, dotyczących wód Borzomskich na Kaukazie i Jamarowskich we Wschodniej Syberyi, blizko granicy Chińskiej, dokąd Prof. Zaleski jeździł przed 15 laty, i wielu innych. Prelegent zakończył swój odczyt wnioskiem, ażeby »Związek« założył własne pismo, gromadzące wiadomości o pracach Polaków na obczyźnie, którzy biorą wielki udział w kulturze i postępie ogólnym państw.

Część administracyjna.

1) Dr E. Marcinkiewicz wypowiedział »Kilka słów w sprawie utworzenia Towarzystwa niesienia pomocy lekarskiej dla niezamożnych rodaków«. Mowca wystąpił z projektem pomnożenia funduszów szpitala przez doprowadzenie do skutku organizacyi na wzór tej, jaka już istnieje w Petersburgu w kolonii francuzkiej, posiadającej obecnie dzięki temu swój szpital. Uchwalono przedstawić projekt do szczegółowego rozpatrzenia Radzie »Związku«.

2) Prezes podaje do wiadomości, iż w myśl §§ 24—28 ustawy muszą się odbyć wybory prezesa »Związku« wiceprezesów poszczególnych wydziałów, sekretarzy, skarbnika, bibliotekarza i innych członków Rady »Związku«.

A) Głosujących osób 42. Na prezesa »Związku« Prof. Ziemacki otrzymał 35 głosów, Prof. Merczyng 3, Prof. Zaleski 2. Na skarbnika: Dr Uliński otrzymał 24 głosy i Dr Bukowska 3; na bibliotekarza: Dr L. Jastrzębski otrzymał 25 głosów.

Prezesem »Związku« został obrany: Prof. Dr Józef Ziemacki, skarbnikiem: Dr Konrad Uliński, bibliotekarzem: Dr Leon Jastrzębski.

B) Wydział lekarski: głosujących osób 19. Wiceprezesem został obrany Dr Szymon Dzierzgowski (11 głosów) Na sekretarza naukowego: Doc. Dr Sowiński otrzymał 15 głosów, Doc. Z. Orłowski 2, i Dr Michałowicz 2; na sekretarza administracyjnego Dr Wilamowski otrzymał 17 głosów. Sekretarzem naukowym został obrany: Doc. Zdzisław Sowiński, sekretarzem administracyjnym: Dr Bolesław Wilamowski.

C) Wiceprezesem Wydziału technicznego obrano inż. pułk. Stanisława Rudnickiego, na zastępcę inż. górn. Zygmunta Kotarskiego. Sekretarzami: Inż. tech. Stanisława Korsaka i inż. Zbigniewa Fabierkiewicza.

D) Wiceprezesem wydziału farmaceutycznego został ponownie obrany p. Edmund Chrzanowski, sekretarzem p. W. Boharewicz.

Nastąpiło wzajemne zatwierdzenie osób wybranych na urzędy. E) W myśl §§ 26 i 27 ustawy »Związku« przystąpiono do wyborów 2 nowych członków Komisyi rewizyjnej na miejsce 2 wylosowanych. Zostali obrani (na miejsce Dra Wiercińskiego i Doc. Z. Orłowskiego) leśn. ucz. Prawocheński i inż. Lelewel. Na prezesa obrany został Prof. M. Raczyński. Skład Komisyi: Prof. Raczyński (prezes), członkowie: Dr Al. Karnicki, Inż. Berkiewicz, p. Prawocheński i inż. Lelewel.

Wydziały przyrodniczy i odontologiczny również wkrótce dokonają wyborów i przedstawią je ogólnemu posiedzeniu do zatwierdzenia.

3) Prezes Prof. Czeczott podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu »Rady« obradowano nad zaliczeniem Prof. Dra Stanisława Ciechanowskiego (Kraków) i Dra Augusta Kwaśnickiego (Kraków) w poczet członków honorowych »Związku«. »Rada Związku» wobec wielkich zasług kandydatów, które tu poczęści zostały przedstawione i powszechnie są znane, przedstawia dziś wniosek ten w myśl §§ 11 i 15 ustawy do ogólnego zatwierdzenia. Prof. Dr Stanisław Ciechanowski i Dr August Kwaśnicki zostali przez jawne głosowanie jednomyślnie obrani członkami honorowymi »Związku«. Uchwalono o wyborze zawiadomić obu listownie i uproszono prezesa i sekretarza Doc. Sowińskiego o zajęcie się tą sprawą.

4) Prof. Dr Otton Czeczott na wniosek członków »Rady« w myśl § 15 jednomyślnie przez aklamacyę został obrany członkiem honorowym »Związku«.

5) Dokonano wyborów: rzeczywistym członkiem został obrany Dr Adam Huszcza.

6) Na wniosek Doc. Sowińskiego Prof. Zaleski i Prof. Czeczott zostali obrani na członków honorowych Rady niniejszej.

7) Prof. Dr O. Czeczott składając swój mandat w ręce nowego prezesa Prof. Ziemackiego, w gorących wyrazach dziękuje za zaszczyt, którym go »Związek« odznaczył, obierając na swego członka honorowego, składa podziękowanie wszystkim swym współpracownikom i życzy »Związkowi« dalszego rozwoju.

8) Komitet dla uczczenia zasług zmarłego Prof. Dra Russowa zwraca się do »Związku« z prośbą o wzięcie udziału w obradach. Przyjęto do wiadomości.

9) Prezes Prof. Ziemacki, dziękując Zgromadzeniu za zaszczyt, jakiego doznał, podnosi energię i pracę swych poprzedników, wypowiada zdanie, iż pracą tylko można rozwinąć to, co już jest zrobione, i zamyka posiedzenie.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarzy polskich w Detroit.

Posiedzenie doroczne w d. 3. I. 1913 r.

1) Po załatwieniu spraw bieżących, kol. Koneczny i Pasternacki zdali sprawę z podróży na »Zjazd lekarzy polskich w Ameryce« do Chicago.

2) Kol. S. Lachajewski miał wykład p. t.: **Kilka uwag o psychoterapii.**

3) Do Zarządu na r. 1913 wybrano: prezesem B. W. Pasternackiego, wiceprezesem F. M. Singera, sekretarzem E. P. Konecznego, skarbnikiem S. J. Łachajewskiego.

E. P. Koneczny, sekretarz.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

II. posiedzenie Zjazdu wypełnił szereg odczytów luźnych.

Dr Fajersztajn (Lwów) podał dwie **metody upraszczające makroskopowe badanie mózgu.** Świeży mózg wkłada się do okrągłego naczynia, zaopatrzonego z dwu stron w przeciwległe szczeliny, poczem zalewa się go masą, składającą się z czterech części twardej waseliny i jednej części białego wosku. Po skrzepnięciu masy wykonywa się szereg cięć, wprowadzając do wspomnianych szczelin cienki nóż (wstążkowy). W ten sposób otrzymać można dowolną ilość skrawków od pół do 3 cm grubości, które można utrwalić następnie w formalinie i pokrajać makrotomem na płatki pół do $^1/_4$ cm, barwiąc metodą Weigerta, zmodyfikowaną przez Fajersztajna. Wykład objaśniony był demonstracyą.

W dyskusyi Dr Flatau uważa metody Fajersztajna za bardzo użyteczne i godne rozpowszechnienia. Podobnie z uznaniem wyrażali się i inni mówcy, którzy zabierali głos w dyskusyi.

Dr Rosenthal (Heidelberg) odczytuje **przyczynek do badań nad histologią splotu naczyniowego,** rozpatrując krytycznie pytanie, czy splot naczyniowy bierze udział w wytwarzaniu płynu mózgowo-rdzeniowego. Zdaniem autora badania nie

dają ścisłych anatomicznych kryteryów, któreby teoryę wydzielniczą bezwzględnie potwierdziły.

Dr Flatau (Warszawa) zdał sprawę z doświadczeń, dokonanych wraz z Drem Handelsmanem na psach nad wywołaniem **zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,** przebiegającem klinicznie pod postacią t. zw. drętwicy karku, oraz omawiał leczenie tego cierpienia. Z badań tych wynika, że najlepiej wpływają wstrzykiwania surowicy swoistej. Inne środki nie wykazują wyraźnych wpływów dodatnich. Wreszcie podniósł prelegent znaczenie metod chirurgicznych drogą szerokiego otwierania jam czaszki i kręgosłupa wraz z następczem przepłukiwaniem całego ośrodkowego układu nerwowego.

W dyskusyi zabierali głos Dr Rogalski i Dr Rosenthal, rozpatrując zagadnienie z punktu widzenia histologicznego. Prof. Dr Piltz podnosi doniosłość prób Dra Flatau, dotyczących przepłukiwania jamy czaszkowej i kanału kręgowego. Prof. Dr Wicherkiewicz podnosi korzystne działanie w tem cierpieniu przetworów srebra (elektrargol).

Dr Bornstein (Warszawa) odtworzył proces histopatologiczny, który się dokonywa pod wpływem **ucisku na rdzeń,** oraz wykazał przy pomocy doświadczeń na zwierzętach, że pomiędzy funkcyą nerwową a zmianami histopatologicznemi niema równoległości. — W dyskusyi zabierali głos Dr Rosenthal, Dr Jarkowski, Dr Męczkowski i doc. Dr Mazurkiewicz.

Dr Pański (Łódź) omawia **rzadkie objawy w przypadkach porażenia połowiczego,** jakoto: nalot na języku, ślinotok, przymusowy śmiech i płacz, zaburzenia smakowe, powonienia i wiele innych. — W dyskusyi przemawiał Dr Chłapowski.

Prof. Dr Ciechanowski (Kraków) i Dr Landau (Kraków) omówili obraz anatomiczny, znaczenie kliniczne i wskazania lecznicze w przypadkach **torbielowatej puchliny opon mózgowych.** — W dyskusyi zabierali głos Prof. Dr Kader, doc. Dr Orzechowski i Dr Męczkowski.

Dr Bornstein (Warszawa) opisuje postać chorobową, którą nazywa **asthenia paroxysmalis,** polegającą na napadowem występowaniu ogólnej niemocy ruchowej, zwłaszcza w kończynach dolnych. Prelegent wyodrębnia tę postać od innych postaci chorobowych. — W dyskusyi zabierali głos Dr Chłapowski, doc. Dr Orzechowski, Dr Rydel.

Doc. Dr Mazurkiewicz (Kraków) mówił **o afazyi giestowej i apraksyi**, wykazując błędność teoryi Liepmana w niektórych szczegółach i zaznaczył, że afazya gestowa i agrafia należą do objawów afatycznych, a nie w ściślem tego słowa znaczeniu apraktycznych. Przemawiają za tem fakta kliniczne.— W dyskusyi zabierał głos Dr Rosenthal.

Dr Zanietowski (Kraków) przedstawił **przyrządy zbudowane według własnej metody,** zaleconej uchwałą międzynarodowej komisyi zjazdów elektrologicznych. Uchwała ta poleca w miejsce dawnych metod mierzenia zmian pobudliwości użycie ekscytometru Zanietowskiego, pozwalającego na oznaczenie zmian symetrycznych i asymetrycznych tak zw. spółczynników podrażnienia, otrzymanych przez proste porównanie działalności krótkiej fali rozładowań z długą falą.

Szereg wykładów zakończył odczyt Prof. Dra Piltza **o asynergetycznem unerwieniu oddzielnych części źrenic.** Prelegent przedstawił liczne rysunki, na których zestawione były kolejne zmiany kształtu źrenicy, obserwowane w ciągu kilku minut, a następnie wyjaśnił podścielisko i przyczyny zjawiska tego.

(Dokończenie nastąpi).

Galicya w państwowym budżecie sanitarnym.

Tegoroczny państwowy budżet sanitarny w części dotyczącej poborów personalu sanitarnego przedstawia się wobec roku ubiegłego jako zwyżka o 184965 kor, udział jednak Galicyi w tej zwyżce jest tylko nieznaczny, przewidziano bowiem tylko wzrost personalu lekarskiego o jedną posadę, wzrost 2 posad lekarskich w randze X, zamianę jednej posady IX na posadę w VIII randze, skreślono natomiast najwyższą posadę w V randze. Liczbowo — w sumie poborów — przedstawia się ten wzrost z 382,059 na 424.101 kor. Na tłumienie chorób zakaźnych wstawiono kwotę 1700000 kor., o 50000 kor., więcej niż w roku ubiegłym, przeznaczając nadwyżkę na urządzenie bakteryologicznych stacyi rozpoznawczych we wszystkich krajach koronnych, głównie zaś na skuteczniejsze tłumienie chorób nagminnych, zimnicy, gruźlicy i przymiotu i na popieranie miejscowych urządzeń asanacyjnych, zmierzających do tłumienia wspomnianych chorób. Kwota w stosunku do celu, na który ją przeznaczono, bardzo niewystarczająca. Natomiast o wiele wydatniejszym jest wzrost kwoty, przeznaczonej do dyspozycyi władz centralnych na »inne wydatki sanitarne«, obejmujące w pierwszej linii subwencye na »energiczne« popieranie urządzeń asanacyjnych, wskazanych w interesie podniesienia zdrowotnego i gospodarczego ludności. Gdy w r. u. kwota ta podniesiona o 225,000 wynosiła 951,000 kor., wykazuje rubryka innych wydatków sanitarnych w r. 1913 kwotę 1.335,000 czyli dalszy wzrost o 384,000. Obok subwencyi dla robót asanacyjnych ma przeznaczona nadwyżka służyć do popierania prac naukowych, urządzeń sanitarnych — w szczególności pielęgniarstwa — jakoteż do dalszego rozwoju akcyi, zmierzającej do kształcenia lekarzy urzędowych. Rubryka »innych wydatków sanitarnych krajowych« wzrosła również o 62,624 kor., w czem jednak głównie uczestniczy Dalmacya, otrzymując na osuszenie błotnisk, roboty asanacyjne i regulacyjne kwotę 60,000 kor. Udział Galicyi w tej rubryce wobec roku poprzedniego nie uległ zmianie, wynosi tylko 6000 kor., co tem bardziej zadziwia, że o wiele mniejsze lub pod względem sanitarnym mniej zaniedbane kraje o wiele większy z rubryki tej czerpią udział, np. Austrya dolna 41,800 kor, Pobrzeże 6500 kor, Czechy 19,624 kor, Bukowina 5700 kor. Wydatek preliminowany na utrzymanie 7 państwowych zakładów do badania środków spożywczych wynosi 375,994 kor. wobec zeszłorocznych 378.857 kor. Na wzrost ten obok wyższych poborów personalu urzędniczego i służby wpłynęły podwyższenie tantyem za badania, znajdujące odpowiedni wyraz w zwiększonych dochodach z zakładów oraz w podwyższonych dotacyach na koszta zarządu i obrotu. W pozycyach, odnoszących się do zakładu krakowskiego, zauważyć należy dalszy wzrost dochodów, podwyższenie dotacyi o 1000 kor., natomiast brak podwyżki czynszu za nowy w r. b. zająć się mający lokal dla zakładu, oraz na jego urządzenie. Czyżby co do tego nowe miały zachodzić trudności?

Streszczając tegoroczny państwowy budżet sanitarny, należy podnieść w nim obecność znacznej kwoty na cele asanacyjne, z której kraj nasz w stosunku do swoich potrzeb i rozmiarów oraz zaniedbania sanitarnego więcej niż dotychczas powinien otrzymać. B.

†

Dr August Witkowski

profesor fizyki w Uniwersytecie Jagiellońskim, zmarł 21. stycznia 1913 w 59. roku życia.

Wychowaniec politechniki lwowskiej, pracował potem w Berlinie pod kierunkiem Helmholtza i Kirchofa, oraz w Glasgowie. W r. 1881 został profesorem Akademii rolniczej w Dublanach, skąd przeszedł na katedrę w politechnice we Lwowie, a w r. 1888 na katedrę w Krakowie.

Uczony wielkiej miary, znakomity profesor, człowiek niezwykle zacny, pozostanie we wdzięcznej pamięci szeregu pokoleń lekarskich, które kształciły się na jego świetnych wykładach.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Księgę pamiątkową XI. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich zechcą uczestnicy Zjazdu, zamieszkali w Krakowie, odebrać w Zakładzie prof. Dra Nowaka (św. Jana 20). Uczestnikom zamiejscowym rozesłana zostanie księga ta pocztą, resp. przez księgarnie.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stanisław Rosenzweig, rodem z Krakowa.

— Pp. Henryk i Matylda Grohmannowie z Łodzi ofiarowali 25.000 K. na stypendya dla najuboższej młodzieży na leczenie się w »Domu Zdrowia« Bratniej Pomocy w Zakopanem.

— Konferencya w sprawie udziału w Zjeździe dla higieny szkolnej w Buffalo, zwołana przez Radę szkolną krajową do Lwowa, wybrała komitet ściślejszy, w skład którego weszli pp: Dr Lachowicz, insp. Bruchnalski, Dr Kociuba, p. Mateuszka, Dr

Piasecki, Dr Hojnacki, Dr Kuhn, prof. Łukasiewicz, prof. Twardowski, Dr Janiszewski, Dr Legieżyński.

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem odbędzie się d. 21. stycznia 1913 pierwszy odczyt z fundacyi im. A. Sokołowskiego. Zaproszony w tym celu prof. Dr N. Cybulski z Krakowa wypowie wykład p. t. »Elektryczność zwierzęca, jej źródła, przejawy i znaczenie«.

— Dnia 9. I. odbyło się posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego, na którem m. i. przedstawiono komunikaty: 1) p. T. Simchowicz: »O chorobie Alzheimera i o jej stosunku do uwiądu starczego«, 2) p. Jan Koelichen: »Chromatophoroma medullae spinalis« i 3) pp. Edward Flatau i Józef Handelsman: »O neurofagii leukocytarnej i o sztucznem ropieniu rdzenia«.

— Na rządowej kolei warszawsko-wiedeńskiej zostali pozbawieni posad lekarze-Polacy: Maleciński, Markiewicz, Korzon, Łazarowicz, Łubieński, Nowakowski, Tymieniecki, Kuczyński, W. Stankiewicz, Watraszewski, A. Ciągliński (Gaz. lek. Nr 3) Posady te wypowiedziano na d z i e s i ę ć dni przedtem. Nietylko więc padli lekarze ofiarą rusyfikacyi, przewidywanej przez społeczeństwo, a dokonywanej planowo wbrew zapewnieniom, danym w Dumie państwowej, ale jeszcze odebranie posad odbywa się wprost brutalnie.

— »Przegląd pedyatryczny« rozpoczyna piąty rok wydawnictwa, wprowadzając dwie doniosłe zmiany: przemianę z kwartalnika na dwumiesięcznik z równoczesnem zwiększeniem objętości (przedpłata pozostaje jednak nadal tylko 4 rb.) i samodzielną administracyę, którą objął jako wydawca Dr Kopeć (Warszawa, Koszykowa 45).

— Zmarły w Warszawie ś. p. Piano, majster murarski, zapisał na rzecz sanatoryum w Rudce swój majątek ziemski wartości około 50.000 rubli.

Z różnych stron. XII. międzynarodowy Zjazd okulistyczny, mający się odbyć 10—15 sierpnia 1914 w Petersburgu pod honorowem przewodnictwem prof. Angelucci z Neapolu, będzie mieć jako główne tematy obrad: 1) Etyologia jaglicy. 2) Odżywianie oka. Prezesem komitetu Zjazdu jest prof. Bellarminow, sekretarzem generalnym Dr Th. Germann (Petersburg, Mochowaja 38); do komitetu, złożonego z najwybitniejszych okulistów europejskich, należy z Polaków r. dw. prof. Wicherkiewicz.

— IV. międzynarodowy Zjazd dla higieny szkolnej, połączony z wystawą, odbędzie się w Buffalo 23—30 sierpnia 1913.

— Bardzo słuszne uwagi w sprawie nowych leków podaje Heubner (Jahreskurse f. ärzt. Fortbildung). Obecnie stosują lekarze bardzo często nowe leki, nie mając nawet pojęcia o ich właściwym składzie i działaniu. Reklamom środków wierzyć nie można, bo opierają się one często na bardzo kruchych podstawach. Tak np. często zalety nowego przetworu określane są z góry (na zasadzie składu chemicznego), a w gruncie rzeczy przetwór pod wielu względami nie przewyższa dawnych, a może jest nawet gorszy. Leki puszcza się obecnie w handel po wypróbowaniu ich w kilku zaledwie przypadkach i to tam, gdzie z początku choroby stosowano rzekomo bezskutecznie inne leki. Niezmiernie rzadko ukazują się publikacye, że ten lub ów lek próbowano, ale że okazał się on w działaniu mniej dobrym. Takie publikacye ochłodziłyby znacznie zapał w używaniu leków mniej znanych, a bardzo reklamowanych. X.

— O organizacyi i działalności Czerwonego krzyża w Konstantynopolu ciekawe wiadomości podaje w »Münchener med. Wochenschrift« Dr Schleip. Ze sprawozdania jego widać, jak wielkie znaczenie ma ta instytucya. I tak w Konstantynopolu przeważna część rannych była właśnie opatrywana i pielęgnowana przez ekspedycye Czerwonego krzyża: niemiecką, szwedzką, austryacką, amerykańską, rosyjską i belgijską. X.

— Ze względu na bardzo częste występowanie ciężkich zakażeń po postrzałach śrutowych i nabojami ślepymi, domaga się słusznie Schmidt ustawowego wprowadzenia odkażania przybitek, tak jak to już wprowadzono w armii niemieckiej. X.

— Zarząd Towarzystwa »Domu lekarskiego« (Aerzteheim) w Marienbadzie nadesłał nam sprawozdanie z drugiego roku działalności tej instytucyi. Broniąc się przeciw zarzutowi, że wiadomości o tej instytucyi nie są dostatecznie wśród lekarzy rozszerzane, stwierdza Zarząd, że od r. 1907 corocznie rozsyła swe sprawozdania, odezwy i komunikaty wszystkim stowarzyszeniom i pismom lekarskim w Austryi i Niemczech. W ostatnim roku było 114 zgłoszeń, z których uwzględnić było można 53; w sezonie zdrojowym korzystało z »Domu lekarskiego« 59 lekarzy poczęści z rodziną, razem 94 osoby. Mieszkania przyznawane są tylko członkom Towarzystwa i tylko bezpłatnie; oprócz tego są lekarze, mieszkający w »Domu lekarskim« uwolnieni od taks zdrojowych, mają bezpłatne kąpiele, wstęp do czytelni, 10% zniżkę w restauracyach i 50% opust w teatrze; jedyną opłatą jest 7 koron tygodniowo na koszta utrzymania i administracyi »Domu«. Zgłaszać się o miejsce na sezon letni można od 1 stycznia 1913 pod adresem »Vorstand des Aerzteheimes in Marienbad« Na domu oprócz pożyczki hipotecznej ciąży jeszcze dług 15,250 K, dlatego potrzebne są dalsze dary ze strony chętnych sprawie kolegów i jak najliczniejsze zapisywanie się do Towarzystwa (wkładka roczna najmniej 5 koron).

Zjazdy lekarskie w r. 1913. W marcu: Zjazd międzynarodowy w sprawie wychowania fizycznego w Paryżu (17—50), francuski Zjazd ginekologiczny i pedyatryczny w Lille (25—29), niemiecki Zjazd internistów w Wiesbaden. W kwietniu Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (10). W maju Zjazd im. Pirogowa w Petersburgu. W sierpniu: międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie (6—12), panamerykański Zjazd lekarski w Limie. We wrześniu międzynarodowy Zjazd fizyologów w Göttingen (2—6). — W r. 1914 zaś odbędą się międzynarodowe Zjazdy: antropologii kryminalnej w Peszcie, neurologiczno-psychiatryczny w Bernie, dla chorób zawodowych w Wiedniu.

Mianowani: Prof. M. B. Schmidt z Marburga profesorem anatomii patol. w Würzburgu, doc. Riedinger profesorem ortopedyi tamże.

Zmarli: Dr August Bukowski, dyrektor szpitala w Wadowicach w 52 r. ż. Dr Aleksander Kocay w 53 r. ż. w Krośnie. Dr Leon Falski w Wołożynie na Litwie, zaraziwszy się tyfusem przy pełnieniu obowiązków lekarskich. Ur. w Warszawie w r. 1868, tam ukończył gimnazyum i wstąpił do uniwersytetu. Aresztowany w r. 1893, po 4 latach więzienia, został skazany na 5 lat zesłania do Syberyi wschodniej. Na wygnaniu uzyskał posadę felczera na kolei Zabajkalskiej i zyskał popularność wśród ludności miejscowej. W górach Chamar Dabanu pełnił z ramienia irkuckiego oddz. Tow. geogr. obowiązki zawiadowcy obserwatoryum meteorologicznego. Po powrocie z zesłania studyował w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Farmakolog prof. Binz w Bonn, fizyolog prof. Vassale w Modenie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 29. stycznia 1913 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. K a d e r: Przedstawienie przypadków z kliniki chirurgicznej. 2) Prof. L e w k o w i c z i Dr D a d e j: Przedstawienie przypadków z kliniki chorób dzieci. 3) Prof. R o s n e r: Ciąża a gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu.

Posiedzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w poniedziałek d. 27. stycznia 1913 o godz. 6 wieczorem** w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) O opatrywaniu ran z uwzględnieniem chirurgii wojennej, kol. Dr F e c h t e r. 3) Sprawozdanie co do zabiegów o polepszenie bytu lekarzy dóbr Muniera, ordynacyi ks. Czartoryskich i powiatowej kasy chorych. 4) Wnioski co do podwyższenia taryfy z r. 1906.

Dr Orłowski, sekretarz. Dr W. Czyżewicz, przewodniczący.

NADESŁANE.

»Eurilo« wolny od kofeiny, środek zastępujący kawę, wyrabia się z surowca krajowego, jest wyrobem krajowym. Patrz dział inseratowy dzisiejszego numeru.

Rok LII. Kraków, dnia 1. lutego 1913. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Tak zwana kwasoodporność bakteryi gruźliczych w świetle badań chemicznych

przez

T. Koźniewskiego.

Pomiędzy bakteryami gruźliczemi a innymi drobnoustrojami istnieje bardzo wielka różnica pod względem zawartości substancyi lipoidalnych. Gdy w większości bakteryi ilość t. zw. tłuszczow nie przenosi kilku $^0/_0$, u bakteryi gruźliczych jest prawie zawsze większą od $20^0/_0$, a ma się wznosić do $40^0/_0$!

Stwierdził to pierwszy Hammerschlag w pracowni M. Nenckiego w r. 1889, podkreślił to następnie Koch i związał ten fakt z t. zw. kwasoodpornością bakteryi gruźliczych. Zależność tych dwóch charakterystycznych cech była istotnie prawdopodobną, toteż pogląd ten przyjęty został przez Klebsa, Unnę, Aronsona i rozszerzony na prątki trądu, oraz na kwasoodporne niechorobotwórcze prątki, podobne do prątków gruźliczych. Jednakże dalsze badania przyniosły fakty wręcz temu przeczące. Okazało się bowiem, że nawet bardzo dokładne wytrawianie bakteryi gruźliczych zapomocą rozpuszczalników, które służą jako najlepsze do wytrawiania tłuszczów, nie może pozbawić bakteryi t. zw. kwasoodporności. Zdawałoby się, że fakt ten, podawany przez wielu pracowników, należy tylko stwierdzić przy użyciu ściśle chemicznej metodyki, a wniosek wypłynie sam przez się.

Pogląd pierwotny, oparty na powadze Kocha, ugruntował się jednak i spopularyzował tak silnie, iż dla obrony jego odwrócono kwestyę badaną w sposób niezgodny z metodyką nauk przyrodniczych. Mianowicie to, co było sprawą sporną, wzięto za punkt wyjścia i rozumowano tak: Jeżeli bakterye gruźlicze przy najdłuższem i najdokładniejszem wytrawianiu eterem, alkoholem, dwusiarczkiem węgla, chloroformem i innymi obojętnymi rozpuszczalnikami nie tracą swej t. zw. kwasoodporności, to widocznie takie wytrawianie nie wystarcza do całkowitego odtłuszczenia, względnie odwoszczenia i trzeba szukać innych, lepszych rozpuszczalników.

I znaleziono takie, które za jednym zamachem (według wyrażenia Aronsona) wywołują zupełne odwoszczenie i jednocześnie utratę t. zw. kwasoodporności. Jeszcze w r. 1898 Aronson zaproponował w tym celu mieszaninę alkoholowo-eterową, zawierającą $1^0/_0$ kwasu solnego, niedawno zaś trójchloroetylen; Deycke i Much stosują chlorek benzoilu.

Jest rzeczą jasną dla każdego chemika, że traktowanie tymi płynami w najmniejszej mierze nie odpowiada temu, co określamy jako ekstrakcyę substancyi lipoidalnych. Do takiej ekstrakcyi wolno używać tylko rozpuszczalników obojętnych, a nie takich, które działają na białka, węglowodany, względnie inne związki, zawierające grupę OH.

W toku swych badań nad węglowodanem, znajdujących się w bakteryach gruźliczych, przekonałem się, iż powyższe rozpuszczalniki Aronsona, Deyckego i Mucha odbierają bakteryom gruźliczym ich t. zw. kwasoodporność bynajmniej nie przez to, iż lepiej lub dokładniej odtłuszczają bakterye, lecz przez to, iż zawierają kwas solny, który działa w sposób rozszczepiający na ów węglowodan.

O naturze tego węglowodanu wypowiadano rozmaite zdania: uważano go za błonnik, chitynę, hemicellulozę, glykogen, nawet i pektynę.

Moje badania potwierdziły zdanie Nishimury, który utrzymywał, iż jest to hemicelluloza t. j. węglowodan złożony, ulegający rozszczepieniu na cukier już pod działaniem słabych kwasów mineralnych na gorąco. Nie znalazłem zaś ani błonnika, ani chityny. Nishimura nie badał bliżej owej hemicellulozy, ani pod względem chemicznym, ani pod względem własności barwnych. Z dotyczasowych badań moich wynika, iż wśród cukrów, powstających z owej hemicellulozy, jeden jest cukrem skręcającym w prawo płaszczyznę światła spolaryzowanego, łatwo fermentującym i łączącym się z fenilohydrazyną już na zimno. Drugim produktem hydrolizy jest cukier skręcający w lewo tak, iż cała mieszanina bywa pierwotnie optycznie obojętną, a dopiero po fermentacyi skręca płaszczyznę polaryzacyi w lewo. Ogólna ilość redukujących cukrów, powstających z bakteryi, wynosi $18-20^0/_0$.

Przez ogrzewanie bakteryi w autoklawie do 170^0 w obecności wody udało mi się otrzymać ową hemicellulozę w formie ciała rozpuszczalnego w wodzie, podobnego do dekstryny.

Badając zachowanie się chemiczne owego węglowodanu, przekonałem się, że t. zw. kwasoodporność bakteryi gruźliczych zależy od własności tego właśnie ciała. Byleby ono było nietknięte — bakterye będą się barwić metodą Ziehl-Nelsena bez względu na to, czy zawierają związki tłuszczowate i woskowate, czy też są od nich uwolnione przez ekstrakcyę obojętnymi rozpuszczalnikami, wśród których za najlepszy uważam aceton. Krótkie zaś (w ciągu godziny) ogrzewanie wytrawionych acetonem bakteryi z $2^0/_0$ kwasem

solnym lub siarkowym na łaźni wodnej wystarcza, aby wszystkie bakterye gruźlicze w ten sposób traktowane, przestały się barwić metodą Ziehl-Nelsena. Równolegle z utratą tej własności pojawia się w przesączu znaczna ilość redukujących cukrów. Ale nawet i słabsze kwasy i w niższych ciepłotach wywołują ten sam skutek, tylko powolniej, stopniowo. Dlatego też uważam, że »kwasoodporność« bakteryi gruźliczych jest pojęciem względnem, ograniczonem dość wązkiemi granicami.

Jest rzeczą ciekawą zagadnienie morfologiczne, mianowicie, czy owa hemicelluloza tworzy zewnętrzną ściankę komórki bakteryjnej, czy też rozmieszczona jest w całej komórce bakteryjnej równomiernie, lub np w formie rusztowania. Pozostawiając sprawę do rozstrzygnięcia ściśle histologicznym badaniom, — na zasadzie danych chemicznych opowiedziałbym się za istnieniem ścianki lub błonki bakteryjnej, zbudowanej z tego oryginalnego materyału. Jeżeli bakterye gruźlicze, wytrawione acetonem, poddajemy trawieniu pepsyny (w ciągu paru dni) w obecności mniej niż $1/3\%$ HCl, wtedy ilość wytworzonych albumoz lub peptonów jest minimalna lub prawie żadna, jeżeli natomiast poddać bakterye gruźlicze działaniu rozcieńczonych kwasów mineralnych w ciepłocie 90^0, tak aby węglowodan uległ hydrolizie, wtedy pozostałość ulega trawieniu stosunkowo łatwo. Stwierdziłem również, że doszczętne wytrawienie bakteryi gruźliczych acetonem nietylko nie wpływa ujemnie na zdolność barwienia się metodą Grama, lecz przeciwnie jeszcze je ułatwia.

Co do powyższego poglądu, wypowiedzianego na zasadzie badań chemicznych, zauważę, że jeszcze w roku 1901 Helbing twierdził, iż t. zw. kwasoodporność bakteryi gruźliczych nie zależy od substancyi tłuszczowatych, lecz — od chityny, obecnej w bakteryach gruźliczych. Zdanie to wygłosił na zasadzie analogii między barwieniem się jaj tasiemca i bakteryi gruźliczych, żadnych eksperymentów na poparcie tego nie wykonał.

Co do chityny, to stwierdziłem, że w bakteryach gruźliczych jej niema, a co do obecności jej w innych bakteryach, to odnośne prace (Iwanoffa) powinny uledz sprawdzeniu.

Piśmiennictwo, dotyczące tego przedmiotu, podałem w pracy mojej: »Studies on the chemical composition of tubercle bacilli; first part.« Bull. de l'Acad. des Sc. de Cracovie, 1912, Decembre.

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego (Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

Doświadczenia kliniczne z salwarsanem.

(Na podstawie dwuletnich spostrzeżeń).

Podał

Dr Z. Wachtel
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Prócz tego przypadku, gdzie salwarsan zupełnie nie działał skutecznie na schorzenie ośrodkowego układu nerwowego, wstrzyknięto salwarsan śródżylnie jeszcze w ośmiu przypadkach początkowego wiądu rdzenia, przeważnie u chorych, którzy się zgłosili do kliniki z przypadłościami żołądkowemi. Po zbadaniu żołądka pokazało się, że chodzi tu o bóle towarzyszące wiądowi rdzenia, tak zwane przełomy żołądkowe (crises gastricae). U niektórych chorych bóle wprawdzie ustawały po drugiem wstrzyknięciu, a czasami nawet w kilka dni po pierwszem, ale tylko na krótki czas, i wnet wracały i były jeszcze dotkliwsze, niż przed wstrzyknięciem, tak że musiano się uciekać do środków uśmierzających ból.

W tych przypadkach wstrzykiwano zwykle 50% roztwór antypiryny z bardzo dobrym chwilowym skutkiem; bóle po wstrzyknięciu ustawały zupełnie, niekiedy na kilka dni.

Prof. Treupel w Frankfurcie (Deutsche med Woch. 1911 Nr 22) opisuje dobre wyniki w takich właśnie przypadkach początkowego wiądu rdzenia; objawy po jednorazowem czasem wstrzyknięciu salwarsanu w ilości 0 5 gr miały szybko ustępować. W przypadkach zastarzałych według Treupla salwarsan nie może działać z powodu głębokich już zwyrodnień w układzie nerwowym. W niektórych jednak przypadkach Treupla nawet w późniejszych okresach wiądu rdzenia działanie salwarsanu było o tyle skuteczne, że wprawdzie w późniejszych i zastarzałych przypadkach nie można się było spodziewać restytucyi zwyrodniałych elementów nerwowych, klinicznie wszakże można było zauważyć ulgę w postaci zmniejszenia się bolów, które choremu bardzo dokuczały. I w naszej klinice zdarzała się nawet w późniejszych okresach ulga, ale na bardzo krótki czas, tak, że można było myśleć o działaniu sugestyi. Innego zupełnie zdania jest Leredde w Paryżu, wedle którego lecznicze działanie salwarsanu w wiądzie rdzenia jest pewne. Twierdzi on, że salwarsan może zupełnie wstrzymać sprawę chorobową, co więcej, że nawet objawy wywołane schorzeniem korzonków tylnych mogą się cofnąć. Zauważył to Leredde u chorych, których miał przez dwa lata w leczeniu, a nawet niektóre przypadki uznaje za zupełnie wyleczone; uważa on każde schorzenie tylnych korzonków za uleczalne, jeżeli się je odpowiednio leczy. A to, że nie wszyscy uzyskali ten należyty skutek leczniczy, odnosi Leredde do tego, iż leczenie przeciwkiłowe w tych przypadkach było nieodpowiednie, gdyż większość syfilidologów i neurologów stosowała w tych przypadkach rtęć w zbyt małych dawkach. Wiąd rdzenia, leczony przedtem dokładnie rtęcią, ma mieć według Leredda przebieg o wiele łagodniejszy. Leredde uważa wiąd rdzenia za kiłę układu nerwowego, nie zalicza go do zmian parakiłowych; a że kiła układu nerwowego jest cięższem wogóle schorzeniem, niż inne postacie kiły, przeto należy je leczyć silniejszemi dawkami. Według Lereddea ten sam błąd, który często popełniano przy leczeniu rtęcią, obecnie powtarza się w dawkowaniu salwarsanu przy wiądzie rdzenia. Wszystkie przypadki tej choroby, leczone salwarsanem i ogłaszane, nie mogą służyć za podstawę oceny działania leczniczego salwarsanu, gdyż podawano za małe dawki i leczono za krótko, by można coś stanowczego orzec. Czasami po jednorazowem wstrzyknięciu 0·4 gr salwarsanu przerywano dalsze leczenie i na podstawie tego jednorazowego wstrzyknięcia odmawiano salwarsanowi leczniczego działania w wiądzie rdzenia. Leredde przy podawa-

niu salwarsanu trzymał się ściśle tej dawki, jaką Hata obliczył t. j. 0·01 na klg wagi, a więc u człowieka ważącego 60 klgr. stosował Leredde ściśle 0·6 salwarsanu, a wstrzykiwania wykonywał przynajmniej 3—4 dni. Wobec tego, że w klinice naszej stosowano średnio na jednorazową dawkę 0·5 gr, nie można na razie ostatniego zdania w tym kierunku wypowiedzieć.

Z uwagi na to, że zakażenie kiłowe we Francyi przebiega łagodniej i mniej jest złośliwe w swoich następstwach (fakt ten tłómaczy się znacznem osłabieniem jadu kiłowego, który przeszedł przez szereg pokoleń), niż w innych krajach, można dać wiarę twierdzeniom Lereddea, o ile odnoszą się do jego przypadków, tłomacząc sobie fakt ten tem, iż jad kiły francuskiej, słabszy, niż gdzieindziej, bardziej był wrażliwy na działanie arsenu salwarsanowego.

W innych klinicznych przypadkach chorobowych, będących następstwem bądźto kiły przebytej, bądźto kiły dziedzicznej, w których w klinice krakowskiej stosowano salwarsan, nie można było zauważyć żadnego leczniczego skutku mimo kilkakrotnego śródżylnego wstrzykiwania salwarsanu w ilości 0·5 gr w odstępach 14-dniowych. W jednym przypadku zmian wątroby na tle kiły dziedzicznej (odczyn WNB++) wstrzyknięto trzykrotnie salwarsan w ilości po 0·4 gr. Na samą sprawę chorobową lek ten zupełnie nie zadziałał, natomiast na niedokrwistość następową, która w tym przypadku była bardzo znaczna, działanie salwarsanu było widoczne i potwierdzone zostało badaniem cytologicznem krwi po wstrzyknięciu.

Badanie krwi u chorej L. B. Dnia 21. II. 1911 r. przed wstrzyknięciem: ciałek b. 6.000, krwinek cz. 3,200 000, Hb (Sahli) 52%. Jakościowo w barwionej krwi prócz nielicznych makrocytów i mikrocytów w krwinkach czerwonych większych zmian nie znaleziono. Krwinki białe w %: limfocyty małe 32%, limfocyty duże 15%, neutrofilne 40%, eozynochłonne 5%, myelocyty i przejściowe 8%.

Po dwukrotnem wstrzyknięciu salwarsanu obraz krwi znacznie się zmienił na korzyść tak jakościowo, jakoteż ilościowo, i tak: krwinki b. 6·500, krwinki cz. 4,200.000 Hb (Sahli) 72%; krew barwiona: krwinki białe %: limfocyty małe 27%, limfocyty duże 6%, c. neutrofilne 62%, c. eozynochłonne 4%, c. przejściowe 1%.

W tym więc przypadku zadziałał arsenobenzol bardzo pomyślnie na ogólny stan chorej, przedtem bladej i wyniszczonej, a zatem na ogólną przemianę materyi. Wstrzyknięto też trzykrotnie salwarsan w jednym przypadku poprzecznego zapalenia rdzenia (gdzie zmiany w rdzeniu wystąpiły niezwykle szybko, bo już w rok po zakażeniu kiłowem) w ilości 0·5 gr na jednorazową dawkę, ale bez żadnego skutku leczniczego.

We wszystkich wyżej wymienionych przypadkach parakiłowych, w których stosowano salwarsan, nie można było zauważyć, by działał on leczniczo na objawy, wywołane zmianami w układzie nerwowym ośrodkowym, lub też, by powstrzymał postęp objawów chorobowych. Niektórzy coprawda podają, że działanie salwarsanu na samą sprawę chorobową było o tyle skuteczne, iż objawy chorobowe na jakiś czas ustępowały, a Treupel opisuje nawet jeden przypadek wiądu rdzenia leczony salwarsanem, gdzie po dwóch wstrzyknięciach (0·4 gr salwarsanu) bezład zupełnie ustąpił. Wreszcie najczęściej stosowany w bólach żołądkowych (crises gastricae), towarzyszących wiądowi rdzenia w jego okresie początkowym, okazał się salwarsan na jakiś czas skuteczny o tyle, że bóle te na krótki czas ustępowały lub też rzadziej się pojawiały. Niektóry przypisują tę poprawę działaniu salwarsanu na toksyny krętków bladych, które w przypadkach chorobowych mają się we krwi znajdować. W klinice naszej stosowano salwarsan w tych samych dawkach i w takichże przypadkach chorobowych (crises gastricae et entericae), a mimo to leczenie to nie zostało uwieńczone żadnym wyraźnym skutkiem. Na razie, opierając się na doświadczeniach, wykonanych w klinice krakowskiej, nie można nic stanowczego powiedzieć o działaniu salwarsanu w sprawach parakiłowych. Może być, że dawka, jaką stosowaliśmy, była za mała, i że w przyszłości po stosowaniu większych dawek, zalecanych przez Leredde, okaże się działanie salwarsanu skuteczniejszem. Doświadczenia prowadzimy w dalszym ciągu.

II. Salwarsan w przypadkach nowotworów.

W mniejszym zakresie, niż w sprawach kiłowych, stosowano salwarsan w nowotworach złośliwych. Z nowotworów tych poddawano leczeniu salwarsanem przeważnie mięsaki. Czerny i Caan stosowali salwarsan w przypadkach nowotworów, opierając się na znanem już oddawna działaniu leczniczem arsenu w nowotworach złośliwych wogóle, jakoteż na spostrzeżeniu, iż niejednokrotnie u chorych na nowotwory złośliwe stwierdzano odczyn WNB dodatni mimo braku objawów przebytej kiły, wobec czego Czerny i Caan przypuszczali jakąś bliżej nieznaną łączność między kiłą a nowotworami. Oczywiście poddawano leczeniu przypadki, nie nadające już do leczenia chirurgicznego. Widocznego skutku leczniczego salwarsanu Czerny nie zauważył. Rak wedle jego spostrzeżeń nie nadaje się zupełnie do leczenia salwarsanem. W mięsakach salwarsan o tyle korzystniej działał, iż wstrzyknięty w jednym przypadku mięsaka policzka w miąższ nowotworu w dawce 0·2, a równocześnie w ilości 0·5 śródmięśniowo w pośladki, wywołał rozpad tkanki nowotworowej i zupełne zabliźnienie, potwierdzone badaniem drobnowidowem. Możliwem więc jest, że salwarsan zastosowany miejscowo, ewentualnie w kombinacyi ze wstrzyknięciem do żyły lub śródmięśniowem, może wywrzeć pewne pomyślne skutki. W przypadkach mięsaka gruczołów chłonnych (lymphosarcoma), jakoteż w chorobie Hodgkina (pseudoleucaemia) poprawy nie zauważono.

W klinice krakowskiej stosowano salwarsan w kilku przypadkach mięsaków gruczołów chłonnych, oraz w jednym przypadku choroby Hodgkina w ilości 0·5 gr. na dawkę, jednak bez wpływu na zmiany anatomiczne, jakkolwiek podmiotowo chorzy doznawali znacznej ulgi. W jednym przypadku mięsaka śródpiersia, który wywołał u chorego tak znaczną duszność, iż chory ten musiał codziennie otrzymywać znaczną dawkę morfiny, sprawił salwarsan zmniejszenie się duszności do tego stopnia, że chory mógł obejść się przez dłuższy czas bez narkotyku. W drugim przypadku nowotworu śródpiersia (badanie drobnowidowe wyciętego gruczołu szyjnego, wykonane w zakładzie anatomii patol. U. J., wykazało »lymphogranulomatosis«), w którym wstrzyknięto śródżylnie 0·3 salwarsanu, chory podmiotowo przez kilka dni czuł się znacznie lepiej, przedmiotowo jednak działania salwarsanu na samą sprawę

chorobową nie zauważono. Podobnie w chorobie Hodgkina salwarsan zupełnie nie zmienił obrazu chorobowego.

Wpływ salwarsanu w tych sprawach chorobowych nie ujawnił się przy obserwacyi jednomiesięcznej, a nawet dłuższej. Wskutek wyjścia tych chorych z kliniki dalsza obserwacya odpadła, toteż nie można wogóle mówić o dodatnim czy ujemnym wpływie salwarsanu na mięsaki limfatyczne.

Ponieważ stosowanie arsenobenzolu w nowotworach w klinice krakowskiej dotyczyło tylko kilku przypadków, i to w bardzo późnym okresie chorobowym, następnie ponieważ dawkę ze względu na ogólny stan chorych musiano zmniejszyć, nie można jeszcze na podstawie tych kilku przypadków zupełnie odmawiać salwarsanowi działania leczniczego, gdyż może salwarsan (stosowany zwłaszcza w większych dawkach u ludzi, u których równocześnie odczyn Wassermanna był dodatni) mieć jakieś wybiórcze (elektywne) działanie na komórki nowotworowe. Sam jednak Ehrlich nie spodziewał się jakiegokolwiek działania na nowotwory, twierdząc, że salwarsan działa swoiście tylko na krętki kiłowe, choć nie jest wykluczona możliwość działania na inne, nam jeszcze nieznane jady.

III. Salwarsan w chorobach krwi.

W leczeniu chorób krwi i narządów krwiotwórczych oddawna zajmował pierwszorzędne stanowisko arsen, któremu przypisywano dodatnie działanie na narządy krwiotwórcze, objawiające się odradzaniem się ciałek czerwonych, zwłaszcza w niedokrwistościach następowych; w niedokrwistości złośliwej miał arsen nawet wywierać czasem skutki niejako cudowne. Nic więc dziwnego, że po podaniu salwarsanu, jako leku taki duży odsetek (34%), arsenu zawierającego, zaczęto go stosować w chorobach krwi. Pierwszy Rumpel, z tej zasady wychodząc, zaczął stosować salwarsan we wszystkich chorobach krwi, głównie w niedokrwistości złośliwej (5 przypadków) i w białaczce, przekonał się jednak, że ani w jednej, ani w drugiej żadnego skutku leczniczego salwarsan nie wywiera. Wobec tego zaprzestał Rumpel leczenia salwarsanem.

W niedokrwistościach pierwotnych o nieznanej przyczynie, czyli w tak zwanej niedokrwistości Biermera arsen nie wywiera żadnego skutku. Fakt ten podkreślam z tego powodu, gdyż inaczej rzecz się przedstawia w niedokrwistościach następowych, jak n. p. po chorobach zakaźnych, głównie kile, jakoteż w niedokrwistości, towarzyszącej ciężkiej postaci zimnicy. W tych postaciach chorobowych stosowanie salwarsanu odnosi pewien skutek, o czem później będzie mowa. Są to postacie niedokrwistości, które często można pomieniać z niedokrwistością złośliwą, o ile dokładnie nie znajdzie się przyczyny niedokrwistości, tembardziej, że obraz drobnowidowy krwi niejednokrotnie może być zupełnie podobny do obrazu krwi, jaki się zwykle spotyka w niedokrwistości pierwotnej złośliwej. Tak w jednej, jak i w drugiej, mogą być we krwi megaloblasty i różnobarwliwość (polychromatophilia) krwinek czerwonych. Przytem należy jednak pamiętać, że w niedokrwistości pierwotnej nigdy niema tak wielkiej ilości ciałek czerwonych z jądrami, tak, że musi się niejednokrotnie długo szukać, zanim znajdzie się w preparacie drobnowidowym barwionym megaloblasta. Natomiast w stanach tych zwiększa się ilość ciałek czerwonych z jądrami w przełomach (crises) w toku sprawy chorobowej, przyczem i liczba ciałek białych się zwiększa. Również i leukopenia w niedokrwistościach pierwotnych zawsze jest większa, niż w następowych.

W klinice krakowskiej stosowano salwarsan w kilku (3) przypadkach niedokrwistości złośliwej pierwotnej; wstrzykiwano tylko śródżylnie, w dwóch przypadkach jednorazowo w zwykłej dawce, a w jednym trzykrotnie w odstępach czternastodniowych czyli w ogólnej ilości 1·5 gr. Jeden z tych przypadków zakończył się śmiercią w kilka dni po wstrzyknięciu w następstwie zapalenia płuc (pleuropneumonia), przyczem nekroskopia w tym przypadku potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Salwarsan we wszystkich tych trzech przypadkach stosowano bez skutku. U chorych, którzy gorączkowali, ciepłota pozostała bez zmian. W jednym przypadku [1]) procent Hb zmniejszył się z 28% na 19%. Przypuszczam, że spadku Hb w tym przypadku nie można odnieść do działania salwarsanu, ile raczej do ogólnej sprawy chorobowej, na którą salwarsan nie zadziałał. Możliwy jest jednak także spadek Hb wskutek działania salwarsanu, myśl, na którą naprowadziło nas spostrzeżenie innego przypadku (lymphaemia), uwzględnionego w dalszym ciągu niniejszej pracy, w którym to przypadku po wstrzyknięciu salwarsanu zauważono dość znaczny spadek nietylko Hb, lecz i ciałek czerwonych.

Chociaż salwarsan stosowaliśmy w niewielu przypadkach niedokrwistości złośliwej, jednakże doszliśmy do tego samego doświadczenia, co Rumpel, że salwarsan w tych stanach chorobowych nie działa.

Salwarsan stosowano w naszej klinice także i w białaczce (leucaemia), mianowicie w sześciu przypadkach (4 postacie mieszane, 2 czyste, i to jedna szpikowa, druga limfatyczna). I tu można powiedzieć, że salwarsan nie wywiera skutku, i to nietylko w ostrych, lecz także i w przewlekłych postaciach białaczki. Liczba ciałek białych nietylko się nie zmniejszyła, lecz co ciekawsze, wzrosła nawet dość znacznie po wstrzyknięciu salwarsanu w dwóch przypadkach białaczki przewlekłej, w jednym z 180.000 do 350.000, w drugim nawet do 400.000. W jednym przypadku limfemii salwarsan zadziałał ciekawie. Przypadek ten opiszę dokładniej:

L. Dz. J. L., l. 60, wyrobnik, zgłosił się do kliniki dnia 24. IV. 1912 z bólem w lewem podżebrzu, trwającym od roku. Ból rozpoczął się według opowiadania chorego od urazu fizycznego (przygniecenie przez wóz). W lecie w roku 1911 zauważył chory oporność bolesną w lewem podżebrzu, stopniowo się zwiększającą. Na miesiąc przed przybyciem do kliniki przebył zapalenie płuc po stronie lewej. Z powodu obecności guza w podżebrzu lewem skierowany został przez lekarza po wyzdrowieniu do kliniki naszej.

Chory w narządach klatki piersiowej poza mierną rozedmą płuc i stwardnieniem naczyń, odpowiadającem zresztą wiekowi, nie okazuje zmian. Brzuch miernie wysklepiony, zwłaszcza po stronie lewej. Obmacaniem stwierdza się po stronie lewej guz, wychodzący z podżebrza, sięgający na palec poniżej pępka, kształtu nieco sierpowatego, bolesny, dość twardy. Wątroba powiększona, ma-

---

[1]) Przypadek ten ciekawy z tego powodu, że po zastosowaniu leczenia seroterapeutycznego, (które w osobnej pracy będzie ogłoszone), został wyleczony.

calna na dwa palce pod łukiem żebrowym prawym, (powiększony głównie prawy płat). Mocz bez zmian. Gruczoły karkowe miernie powiększone, twarde, przy dotykaniu nie bolesne. Wszystkie inne dostępne badaniu gruczoły bez zmian. Badanie cytologiczne krwi stwierdziło: krwinek białych 87.200, czerwonych 4,244·000, Hb 88%. Wskaźnik Hb (t. j. ilość Hb w jednej krwince czerwonej) 1·03, wejrzenie krwi w całości prawidłowe, krzepliwość zmniejszona. Prócz nielicznych mikrocytów ciałka czerwone bez zmian. Krwinki białe %: limfocytów małych 87%, dużych 5% neutrofilnych 6%, eozynochłonnych 1%, jednojądrzastych Ehrlicha 1%.

Dnia 2. V. 1912 wstrzyknięto choremu śródżylnie 0·5 salwarsanu w rozczynie fizyologicznym soli. Po wstrzyknięciu chory nie miał żadnego wzniesienia ciepłoty, czuł się zupełnie dobrze. We krwi, badanej w dziewięć dni po wstrzyknięciu, nie stwierdzono wprawdzie znaczniejszego zmniejszenia się ilości ciałek białych, stwierdzono natomiast zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych do 3,900.000, oraz Hb do 80%.

Dnia 10. V. wstrzyknięto choremu po raz drugi 0·5 gr. salwarsanu śródżylnie; w pół godziny po wstrzyknięciu wystąpiły silne dreszcze, 20 minut trwające, poczem ciepłota ciała podniosła się do 38° C, chory czuł się nieco osłabiony; po ośmiu godzinach ciepłota opadła, a objawy minęły.

Badanie krwi w dniu 25. l. wykazało spadek ilości ciałek białych do połowy, t. j 43,200, ciałek czerwonych 3,800.000, Hb 81%. Stosunki ilościowe ciałek białych zasadniczo nie uległy zmianie. Śledziona, przed pierwszem wstrzyknięciem sięgająca poza pępek, twarda i bolesna przy dotykaniu, zmniejszyla się nieco, stała się miększą, bardziej ruchomą i niebolesną.

Dnia 31. V. wstrzyknięto po raz trzeci śródżylnie 0·5 salwarsanu. W kilkanaście minut po wstrzyknięciu wystąpiły silne dreszcze, przeszło godzinę trwające, oraz podniesienie się ciepłoty do 38·4° C, równocześnie wystąpiły wymioty, które trwały trzy godziny, a niczem się nie dały złagodzić. Jako jeden z objawów zatrucia, które w tym przypadku nastąpiło, — przyłączyło się jeszcze silne pragnienie, trwające przez całą dobę. Te wszystkie objawy wnet ustąpiły, natomiast pojawiło się w moczu białko w ilości coprawda nieznacznej (0·03‰): drobnowidowo nie wykazano w moczu nic nieprawidłowego. Białko znikło po trzech dniach, a chory prócz nieznacznego osłabienia i braku apetytu na nic się nie skarżył. Badanie krwi w dniu 7. VI. wykazało dalsze zmniejszenie się ilości ciałek białych 39,600, nieznaczne zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych 3,600.000 i Hb 78%; stosunki ilościowe ciałek białych pozostały bez zmian, jak i poprzednio. Śledziona pozostała również bez zmian. Dnia 8. VI. opuścił chory klinikę w stanie podmiotowej poprawy.

Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że salwarsan tutaj dziwnie działał; zmniejszył wprawdzie ilość krwinek białych do połowy, lecz równocześnie zmniejszył też ilość ciałek czerwonych prawie o milion.

O ile więc w tym przypadku działanie salwarsanu było korzystne na ciałka białe, o tyle niekorzystnym okazał się salwarsan w działaniu na ciałka czerwone, dowód, że salwarsan, jak wogóle arsen, przecież jest trucizną i niejednokrotnie wbrew przekonaniu wielu lekarzy zamiast korzystnego wpływu na narządy krwiotwórcze może przeciwnie wywierać wpływ szkodliwy.

Przypadek ten o tyle jeszcze jest ciekawy, że stanowi postać limfemii z wybitnym i znamiennym obrazem krwi, a jednakże bez powiększenia gruczołów limfatycznych, — jeszcze jeden dowód, że limfemia nie jest schorzeniem narządów limfatycznych; raczej należy przypuścić, że jestto pierwotne schorzenie tkanki limfoidalnej szpiku kostnego.

W jednym przypadku białaczki szpikowej ostrej, który też szybko stosunkowo skończył się śmiertelnie, jednorazowe wstrzyknięcie śródżylne salwarsanu w dawce 0·40 nietylko stanu chorobowego nie złagodziło, lecz wywołało objawy zatrucia w postaci ostrego, dość długo trwającego zapalenia splotu ramieniowego prawego.

Salwarsan nie jest więc stosownym lekiem w białaczce, może nawet mniej praktycznym, niż jakikolwiek inny przetwór arsenowy, którego stosowanie jest mniej skomplikowane.

W dalszym ciągu stosowano salwarsan w chorobach krwi, w których dotychczas nie znamy dokładnie przyczyny, t. j. w błednicy (chlorosis) i w niedokrwistościach następowych po długotrwałej błednicy (chloranaemia). Wielu autorów uważa błednicę jako chorobę następową po czynnościowych zaburzeniach narządów krwiotwórczych, którym zwykle towarzyszą pewne objawy ze strony narządu płciowego, ponieważ choroba ta zdarza się u kobiet i to w okresie pokwitania, zwykle po jakichś nerwowych wzruszeniach. Niektórzy przypisują jajnikom pewien wpływ na powstawanie błednicy; i tak Botkin przypuszcza, że jajniki wydzielają jakieś nieznane nam bliżej istoty, które zobojętniają trucizny, krążące w ustroju i działające szkodliwie na krew, głównie zaś na ciałka czerwone. Przy jakichkolwiek zaburzeniach czynnościowych w jajnikach odpada ten wpływ jajników na trucizny, działające szkodliwie na ciałka czerwone. Dawniejsi autorowie przypuszczali, że błednica jest następstwem niedostatecznego działania narządów krwiotwórczych, uważali żelazo za lek swoisty, czyniący zadość głównemu wskazaniu w leczeniu tej choroby. Noorden również uważa żelazo za lek bardzo skuteczny w błednicy, a działanie żelaza na narządy krwiotwórcze tłomaczy w ten sposób, że wessane żelazo dostaje się do narządów krwiotwórczych, jednak samo tam nie pozostaje, tylko w przejściu pobudza te narządy, a osobliwie szpik kostny do nowotworzenia krwi, samo zaś przez się nie wpływa na skład hemoglobiny.

Gdy jednak etyologia błednicy do dziś dnia nie jest zupełnie znana, należy uważać żelazo za lek empiryczny.

Obecnie zmieniło się zapatrywanie na istotę błednicy o tyle, że nie zubożenie krwi w żelazo uważa się za przyczynę błednicy, bo podobne stosunki napotyka się też w innych niedokrwistościach, lecz upatruje się przyczynę we wrodzonej mniejszej wydatności narządów krwiotwórczych.

Musiałem pokrótce wspomnieć o działaniu żelaza w przypadkach błednicy, gdyż w klinice krakowskiej podawano w błednicy przez dłuższy czas żelazo i przekonano się, że żelazo działa skutecznie na przyrost hemoglobiny, a na przyrost ciałek czerwonych zupełnie nie wpływa, zwłaszcza w niedokrwistościach przy długotrwałej błednicy. W tych przypadkach podawano żelazo wewnętrznie, a równocześnie wstrzykiwano śródżylnie salwarsan, gdyż arsen w innej postaci podawany nie wywierał skutku leczniczego.

Podawano więc żelazo z arsenem, wychodząc z zasady, już niejednokrotnie podnoszonej, że działanie arsenu w błednicy jest bardzo słabe, albo zupełnie bezskuteczne,

a w połączentu z żelazem czasami bardzo skuteczne i szybkie. To skombinowane działanie arsenu z żelazem jest analogiczne do działania kilku alkaloidów tej samej grupy, z których jeden sam nie działa, ale w połączeniu z innymi tej samej grupy ma czasem bardzo skuteczne działanie. O tem wspomina już Bürgi i jego szkoła. Seiler, opierając się na pracy Bürgego, twierdzi, że działanie arsenu w połączeniu z żelazem na narządy krwiotwórcze jest bardzo znaczne, natomiast sam arsen tej własności nie posiada. Opisywane zaś działanie skuteczne arsenu bez żelaza w niedokrwistości złośliwej, (działania tego w klinice krakowskiej w niedokrwistości złośliwej nigdy nie zauważono) tłómaczy Seiler w ten sposób, że w niedokrwistości złośliwej z powodu szybkiego rozpadu krwinek czerwonych wielka ilość żelaza uwolnionego dostaje się do narządów wewnętrznych, a głównie do rdzenia, wątroby i do śledziony. Skoro w tych przypadkach podaje się choremu arsen, to działa on zdaniem Seilera razem z żelazem, którego znaczna ilość nagromadziła się w ustroju i w ten sposób mamy znów skombinowane działanie arsenu z żelazem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Ribbert: **O hemoterapii raka** (Med. Klinik. 1912 Nr 49). By zrozumieć sposób i środki leczenia raka lekami chemicznymi, należy przypomnieć sobie pokrótce budowę raka. Składa on się z bujających bez ustanku pasm i gniazd komórek nabłonkowych, pooddzielanych tkanką łączną, w której przebiegają naczynia. Nabłonki w głębi ognisk rakowych stanowią starszą partyę, na powierzchni młodszą. Bujając, zacieśniają gniazda rakowe coraz bardziej naczynia w tkance łącznej przebiegające, przez co same są coraz gorzej odżywiane. Z powodu słabego odżywienia przemiana materyi w komórkach rakowych jest upośledzona i pewne substancye zostają tam odłożone. Tak powstają w komórkach składy lipoidów i lecytyny. Badania zaś wykazały, że lecytyna przez naświetlanie rozkłada się i wytwarza cholinę, zabijającą znów komórki, w których powstała. Próbowano więc wstrzykiwać cholinę wprost do guzów nowotworowych, ale z wynikiem niezadowalniającym. Gdyż pominąwszy to, iż nie zawsze cholina dostanie się wtedy do wszystkich komórek, jest bardzo wątpliwem, czy może ona młodsze, nie zwyrodniałe, w odżywieniu nie podupadłe komórki obwodowe ognisk rakowych zniszczyć. Więcej widoków miałoby wewnętrzne podawanie środka, działającego zabójczo na komórki rakowe, jak arsen lub związki organiczne metali ciężkich: złota, platyny, srebra, radu, rhodu, osmu, palladu, ołowiu, miedzi i cyny. Te, dostawszy się do komórek rakowych niszczą przedewszystkiem ich jądra, ale także tylko komórek starszych, centralnych, źle odżywionych, po wielkiej części zwyrodniałych. Komórki młodsze, obwodowe, nie zostają zniszczone i z nich też pochodzi późniejszy nawrót. Mimo, iż wszelkie próby wstrzykiwań w nowotwór, czy wewnętrznego podawania zawiodły dotąd, autor ma nadzieję, że może skombinowaną metodą naświetlania młodszych obwodowych partyi, a wstrzykiwania do głębszych uda się na drodze nie operacyjnej trwale raka wyleczyć. Mondschein.

Schüler: **Naświetlanie głębokie promieniami Röntgena gruczołu tarczowego w chorobie Basedowa.** (Med Klinik 1912 Nr 49). W chorobie Basedowa odróżnić należy formę typową, łatwą do rozpoznania, od formy nietypowej, sprawiającej czasem ogromne trudności rozpoznawcze, tem bardziej, że choroba ta przyłącza się czasem do chorób zakaźnych (dur brzuszny, gościec stawowy, kiła, grypa, płonica, zimnica), i bywa mylnie wtedy uważana za późny objaw jednej z tych chorób. Ta postać atypowa, niezwykła (forme fruste) może być pomieszana z gruźlicą, a to z powodu podniesionej ciepłoty, wychudnięcia, potów, braku apetytu, ogólnego niepokoju, z błednicą u bladych, łatwo drażliwych dziewcząt, z powodu naczyniowej wrażliwości skóry, skłonności do bicia serca, ucisku w głowie i t. d. Trudno też nieraz odróżnić nietypową chorobę Basedowa od neurastenii, histeryi, tem trudniej, że choroba Basedowa często się rozwija u chorych dziedzicznie nerwowo obciążonych. Za tyreotoksyą przemawiają: trwałe przyspieszenie tętna, drżenie, objawy oczne, spóźnione lub przyspieszone dojrzewanie płciowe, biegunka, poty, wypadanie włosów, zmiany barwikowe, wole. W wątpliwych przypadkach rozstrzygnąć może badanie krwi, w której, jak Kocher wykazał, w większej części przypadków występuje wyraźna limfocytoza. Wyniki leczenia wewnętrznego są rzadko wystarczające, tak iż interniści zmuszeni są nieraz uciekać się do pomocy chirurga, który przez wycięcie większej części gruczołu tarczowego nieraz zdoła uwolnić chorego od choroby. Ale u chorych ze zmianami w sercu, podupadłych silnie, zaleca autor głębokie naświetlanie promieniami Röntgena. W ten sposób udawało mu się w 50% przypadków osiągnąć zupełne wyleczenie po 30—35 posiedzeniach, w 30% trzeba było po kilku miesiącach leczenie powtórzyć, w dwu przypadkach zastosować je nawet po raz trzeci, choć o wiele krócej. Sposób to, wymagający doskonałej techniki i cierpliwości od lekarza; każde posiedzenie trwa około $1^1/_2$ godziny, przytem przyrządy i chorego trzeba stale kontrolować, a na chorego rozdrażnionego, przebywającego tak długo w ciemności, trzeba psychicznie wpływać. Chorzy po kilku posiedzeniach stają się spokojniejsi, ze siebie zadowoleni, sen się przedłuża, apetyt się wzmaga. Przytem wól mięknie dość szybko, potem się zmniejsza, czynność serca się uspokaja, drżenie, biegunka, poty ustępują, waga ciała wzrasta. Objawy oczne ustępują również, choć znacznie później. Przytem występują prawdopodobnie z powodu rozpadu zmienionych komórek gruczołowych i wessania ich toksycznie działających składników, objawy uboczne jak: podniesiona ciepłota, niedomoga ogólna, ale tylko na kilka dni, podczas których autor leczenia nie przerywa. Autor zaleca jaknajwcześniejsze leczenie, które wspomaga innymi środkami, a więc psychicznem oddziaływaniem na chorych, uregulowaniem dyety (ubogą w białko dyetą), łagodnymi wodoleczniczymi zabiegami, okładami z lodu na wól, arsonvalizacyą serca. Z leków stosuje autor arszenik i antytyreoidynę w małych dawkach przez kilka tygodni. Jako leczenie następowe zaleca pobyt w średnio wysokiej okolicy, przytem szanowanie sił fizycznych i duchowych.

Mondschein.

Galisch: **Zwyczajny sposób zwalczania otyłości.** (Med. Klinik. 1912 Nr 47). Środki lekarskie, dążące do usunięcia otyłości, zostały zarzucone z powodu ich szkodliwego wpływu na ustrój, i wrócono do dawnej metody odtłuszczania zapomocą odpowiedniej dyety. Pod tym względem cieszy się dyeta mleczna wielkiem uznaniem i szerokiem zastosowaniem. Ale i ona, jako dyeta głodowa, pociąga za sobą obok stanów osłabienia stany rozdrażnienia nerwowego, a także osłabienia serca, które trwają nieraz długo jeszcze po ukończeniu takiej dyety.

Wychodząc z dawnego założenia, by chorym na otyłość zabraniać drzemki poobiedniej, szkodliwej dla nich z powodu niedostatecznego utlenienia obiedniej strawy, autor ogranicza także ilościowo wieczerzę, którą, jak uczy doświadczenie, otyli bardzo chętnie obficiej spożywają. Tak postępując, nie widział autor żadnych zaburzeń w kierunku osłabienia ustroju, nerwów czy serca, a skutek zawsze był zadowalniający. Swoim otyłym chorym podaje G. jako wie-

czerzę małą kromkę chleba z masłem, na to kawałek wędliny. Przytem pozwala wypić trochę wina lub piwa. Przy pierwszem śniadaniu i obiedzie podaje G. tyle strawy, by chory od stołu wstał nasycony. W pierwszych dwu dniach występuje wieczór silne uczucie głodu, wkrótce jednak ustępujące, ponieważ ustrój wyrównywa skromną wieczerzę obfitszą strawą przy śniadaniu i obiedzie, które jednak z powodu całodziennego ruchu i pracy nie stają się źródłem odkładania się tłuszczu. Spadek wagi ciała odnieść należy do tego, że ustrój podczas spoczynku nocnego ma mało materyału, by z niego mógł się tłuszcz odkładać. Przy tej metodzie chorzy tygodniowo tracą jeden do dwu funtów wagi, a autor spostrzegał stratę do 25 funtów przez kwartał. Po odzyskaniu prawidłowej wagi ciała można powoli dawać wieczerzę obfitszą, a w razie ponownego przybywania wagi znowu ją uszczuplić można. Wynik w ten sposób otrzymany można tak na stałe utrzymać, gdy przy dotychczasowych sposobach odtłuszczania wodami mineralnemi, czy w inny sposób, spostrzega się prawie stale powrót do dawnej nadmiernej wagi ciała. Mondschein.

Voss: **Róża świńska u człowieka, leczona surowicą.** (Med. Klinik. 1912 Nr 47). Autor opisuje przypadek róży świń u pewnego weterynarza, który przy szczepieniu świń surowicą przeciw róży, sam igłą zranił się w palec średni prawej ręki. Zaraz następnego dnia pokazały się w temże miejscu i w otoczeniu małe pęcherzyki z silnem zaczerwienieniem i obrzękiem skóry, które zajęły wkrótce połowę grzbietu ręki i pierwsze członki wszystkich palców. Przytem był gwałtowny, kłujący ból i uczucie napięcia. Okłady kwaśne i sublimatowe bez skutku. Autor wstrzyknął więc za radą Prof. Günthera w Wiedniu surowicę przeciw róży, i to w prawę ramię 7 cm^3, w lewe 5 cm^3. Wynik był dobry: już na drugi dzień ustąpiły bóle i obrzęk skóry, a w pięć dni potem była ręka zdrowa. Stan ogólny po wstrzyknięciu był dobry, miejsce wkłucia bez odczynu. Mondschein.

Oy: **Kliniczne doświadczenia z kodeonalem.** (Med. Klinik. 1912 Nr 49). Bürgi i Homburger wykazali, że kombinacya dwu środków narkotycznych wywołuje skutek silniejszy, niżby to wynikało z dodania działania obu środków. Ehrlich tłómaczy to tem, że komórka osłabiona w czynności przez jeden już środek narkotyczny, drugiemu tem mniejszy stawia opór. Wobec tego firma Knoll połączyła 0,02 codein diaethylbarbit. z 0,15 natrium diaethylbarbitur. w postaci tabletek, pod nazwą »codeonal«. Autor stosował ten środek jako lek nasenny i uspokajający nerwy w ilości od 1—4 tabletek i zaleca go w bezsenności (1—3 tabletek) u ludzi starych, u neurasteników, u chorych na nieżyt oskrzeli i t. p. Także u chorych sercowo z uczuciem duszności stosował autor ten środek w ilości od 1—2 tabletek naraz i osiągał bardzo dobre wyniki. Sen następował po $^1/_2$—1 godz. i trwał 5—6 godzin. Ubocznych wpływów weronalu, jak brak apetytu, zaparcia, autor przy podawaniu kodeonalu nie zauważył. Środek ten nie wpływa ujemnie na narząd oddechowy, ani krążenia, również nie podnosi, ani nie obniża ciśnienia krwi, wobec tego zalecony być może do stosowania u starców. Mondschein.

Gansböck: **O zatruciu chloranem potasu.** (Med. Klinik, 1912 Nr 47). Autor opisuje przypadek, gdzie chory na mieszkowe zapalenie migdałków po płukaniu rozczynem chloranu potasu (6:200) wśród objawów zatrucia szóstego dnia zmarł. Objawy kliniczne były pokrótce następujące: zaburzenia świadomości, suchość języka i przełyku, silne pragnienie, nie oddziałujące źrenice, bezmocz, wzmożenie silne odruchów kolanowych. Badanie krwi wykazało zmniejszenie się o połowę ilości ciałek czerwonych krwi, a zwiększenie znaczne (80.000) ciałek białych. Barwa krwi zmieniona z powodu przemiany oksyhemoglobiny w methemoglobinę, methemoglobina w postaci kulek nieregularnych w samem ciałku lub wolno w osoczu. Ciałka czerwone w stanie anizocytozy, obok bardzo małych, wielkie, często jądrzaste, to znów pofałdowane, lub jakby o wystrzępionych brzegach. Dalej jako wyraz podrażnienia szpiku kostnego silna leukocytoza wielojądrzasta, znaczne zmniejszenie ilości małych limfocytów i zniknięcie eozynofilnych, krótko przed śmiercią, wystąpienie neutrofilnych myelocytów i tucznych myelocytów. Sekcya wykazała obrzęk nerek, wątroby i śledziony, krwiaki w jelitach. Większa część przypadków tych zatruć kończy się śmiercią. Wedle Affanasiewa na 50 przypadków, 6 tylko skończyło się wyzdrowieniem. Jaką dawkę należy uważać za śmiertelną, dotąd nie ustalono. Schopf wspomina o pewnym słuchaczu medycyny, który płukał gardło 2% rozczynem chloranu potasu i umarł w ciągu doby wśród objawów ciężkiego zatrucia. Inni autorowie, jak Grünfeld i Bernheim, twierdzą, że 15 gr. a nawet 23 gr. bez szkody dla zdrowia zażyć można. Autor jest tego zdania, że zdrowy ustrój zniesie i wielką dawkę, że jednak chory z gorączką, dusznością lub wogóle chorobą, zmniejszającą zasadowość krwi, nadzwyczaj silnie i często śmiercią na środek ten oddziałuje. Dlatego autor przemawia bardzo za tem, by chloran potasu zupełnie usunąć z farmakopei. Mondschein.

Pedyatrya.

Prof. Langstein: **Spasmophilia. Tetania** (Med. Klinik. 1912 Nr 48). Wykrycie przyczyn tężyczki było w ostatnich czasach celem wielu badań, nie dały one jednak ostatecznego, pewnego wyniku. I tak teorya Stölznera podaje jako powód zastój soli wapniowych w ustroju, zdarzający się u dzieci sztucznie mlekiem krowiem żywionych. Mleko to zawiera bowiem pięć razy tyle wapnia, co mleko matki. U dzieci dotkniętych krzywicą, cierpiących na zaburzenia jelitowe lub na schorzenia gorączkowe, wydzielanie wapnia przez jelita jest upośledzone i następuje zastój wapnia w tkankach, zatrucie wapniem, które objawia się właśnie podwyższoną pobudliwością mięśni i nerwów. Druga teorya, Questa, wychodzi z zasady wprost przeciwnej, bo dopatruje się przyczyny w zmniejszeniu soli wapniowych a opiera się na doświadczeniach Sabbatiniego, który przez zmniejszenie zawartości wapnia w korze mózgowej u psów zdołał wywołać podwyższenie pobudliwości ośrodków aż do wybuchu drgawek padaczkowych, gdy natomiast doprowadzenie i wzmożenie zawartości soli wapniowych obniżało pobudliwość ośrodków. Kassowitz uważa tężyczkę za częściowy objaw nerwowy krzywicy. Opiera się przytem na wyłącznem występowaniu skurczu krtani (laryngospasmus) przy krzywicy i na dobrych wynikach przy podawaniu fosforu. Badania Rosensterna, w tym kierunku na wielką skalę podjęte, przemawiają stanowczo raczej za teoryą Questa, niż Stölznera. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 3. XII. 1912.

Drozdowicz: **Badanie promieniami Röntgena jako metoda rozpoznawcza w gruźlicy płucnej, jej wartość i zakres.** Omówiwszy w krótkości właściwości promieni x., dzięki którym prześwietlanie znalazło tak szerokie zastosowanie w dyagnostyce lekarskiej najrozmaitszych cierpień i zboczeń ustroju ludzkiego, przechodzi prelegent do rozpatrzenia warunków fizycznych, jakie w obrębie klatki piersiowej napotykają owe promienie. Znaczne różnice ciężaru gatunkowego poszczególnych części składowych klatki piersiowej, umożliwiające otrzymywanie na ekranie i na kliszy fotograficznej bardzo wyraźnych kontrastowych zarysów, sprawiły, że już w pierwszych latach po wynalazku Röntgena zjawiły się liczne prace, omawiające wartość prześwietlań dla rozpoznawania cierpień płucnych. Pionierami tej metody byli francuzi: Bouchard, Beclère, Barthélemy, Oudin. Studya anatomo-patologiczne i kliniczne autorów niemieckich,

jak: Schellenberg, Assman, Küpferle, v. Dehn i inni, wyjaśniły obraz rentgenowski płuc prawidłowych. Prace Riedera, Groedla, Albers-Schönberga, Krausego, wykonane na obfitym materyale klinicznym i bardzo często sprawdzane sekcyjnie, ustanowiły wytyczne punkty, określające wartość i zakres rozpoznawczego stosowania promieni x w różnych okresach gruźlicy płuc. Obecny stan wiedzy w tym zakresie pozwala twierdzić stanowczo, że niektóre postacie gruźlicy płuc, zwłaszcza w okresach początkowych, kiedy metody kliniczne albo w zupełności zawodzą, albo dają wyniki niepewne, mogą być wykryte jedynie zapomocą badania promieniami x. Do takich postaci należą nacieki i jamy, położone zdala od ścian klatki piersiowej, zwłaszcza, o ile są otoczone zdrową jeszcze tkanką płucną, gruźliczo zmienione gruczoły okołooskrzelowe, ogniska gruźlicy prosówkowej i rozsiane drobne nacieki, peribronchitis acuta. W sprawach gruźliczych dalej posuniętych jedynie drogą badania promieniami x można otrzymać zupełnie dokładny obraz miejsc zajętych i zdać sobie sprawę z rozległości spustoszeń. Niedostępnemi dla metody rentgenowskiej są jedynie takie cierpienia płucne, które na razie nie wywołały żadnych zmian w budowie tkanki płucnej, nie zmniejszyły nawet zawartości w niej powietrza, np. okresy początkowe nieżytu gruźliczego w szczytach płuc. W tych razach badanie kliniczne, poparte zwłaszcza rozbiorem bakteryologicznym plwociny, stoi na pierwszym planie. Co się tyczy pytania, czy zapomocą promieni Röntgena można określić dawność sprawy gruźliczej, jej okres i przebieg, to z pewnemi zastrzeżeniami i ograniczeniami można na to odpowiedzieć twierdząco. Wybitnie wyrażone ogniska zwapniałe przemawiają za sprawą zakończoną, liczność ich mówi o przebiegu przewlekłym, co jednak nie wyłącza możności współrzędnego trwania spraw świeżych, zaznaczających się wówczas rozrzuconemi w płucach plamami i pasami o innym charakterze co do natężenia i kształtu Obraz rentgenowski płuc o licznych, równomiernie rozsianych, drobnych, delikatnie zarysowanych plamach przemawia za szybkim i zwykle niepomyślnym rozwojem sprawy. Metoda rentgenowska nie rości sobie bynajmniej pretensyi do przewagi nad innemi metodami rozpoznawczemi, do zastąpienia ich i usunięcia, jest ona tylko jedną z wielu, lecz bardzo często nie dającą się pominąć, jeżeli lekarzowi chodzi o prawdziwie dokładne i wszechstronne zbadanie i wyjaśnienie sobie danego przypadku cierpienia płucnego. Prelegent w zupełności zgadza się ze zdaniem Holzknechta: »Zarówno rentgenolog, jak i klinicysta, wystawiliby sobie bardzo smutne świadectwo, gdyby pierwszy chciał lekceważyć metody rozpoznawcze kliniczne, drugi zaś twierdził, że metoda rentgenowska jest mu niepotrzebną«. Na zakończenie prelegent przedstawił rentgenogramy różnych postaci gruźlicy płucnej.

W dyskusyi A. Sokołowski zaznacza wielką doniosłość rentgenologii w rozpoznawaniu chorób dróg oddechowych wogóle, oczywiście jako zabiegu uzupełniającego inne metody badania. W niektórych jednak przypadkach, szczególniej w nowotworach płuc, badanie to nieraz rozstrzyga o rozpoznaniu sprawy ciemnej. Co do gruźlicy płuc, to promienie x mają wartość względnie ograniczoną. Wielokrotnie w poczynającym się okresie choroby prześwietlanie daje wynik ujemny, gdy inne metody badania wykazują niechybne zmiany, co dalszy przebieg choroby stanowczo potwierdza. Natomiast w dalej posuniętych okresach promienie x oddają wielkie usługi, określają bowiem rozległość sprawy, zwłaszcza świeże ogniska rozsiane, otoczone względnie zdrowym miąższem, w drugiem, stosunkowo dobrze oddychającem płucu. To ścisłe określenie rozległości sprawy wpływa bezpośrednio i na rokowanie; dlatego badanie promieniami Röntgena powinno uzupełnić zawsze badanie kliniczne tych chorych, u których chodzi o sformułowanie z rozmaitych względów życiowych ścisłego rokowania, lub też którym bywają zalecane dalekie wyjazdy w celu leczniczym. Tosamo można powiedzieć i o wątpliwych przypadkach zmian szczytowych u osobników, podlegających powinności wojskowej. Określanie zrostów opłucnej zapomocą promieni x ulega pewnemu ograniczeniu; doświadczenie bowiem wykazało, że często tam, gdzie rentgenogram wykazywał brak zrostów, natrafiano na nie przy operacyi sztucznej odmy i odwrotnie. Tosamo tyczy się rozpoznania ognisk zwapniałych; sprawa bowiem rozrozróżnienia gruźlicy czynnej od nieczynnej zapomocą badań fizycznych pozostaje nadal jeszcze nierozwiązaną.

Grudziński zwraca uwagę na znaczenie rentgenologii w sprawach wysiękowych opłucnej. Przytacza przypadek, w którym prześwietlenie, dokonane na krótko przed wypuszczeniem płynu z opłucnej, wykazało obecność ponad płynem niewielkiej ilości powietrza, nierozpoznanego zwykłemi metodami badania. Wynik ten wywołał zupełną zmianę rozpoznania i leczenia; wypuszczenia płynu zaniechano, sprawa skończyła się pomyślnie dla chorego.

2) Stefan Sterling: **O serodyagnostyce raka.** We wstępie podkreślił S. zasadnicze różnice biologiczne pomiędzy tkanką nowotworową a mącierzystą i rozpatrzył przedewszystkiem odczyny lityczne, a więc polegające na rozpuszczaniu krwinek czerwonych osobników innego gatunku (odczyn heterolityczny) lub tego samego gatunku (odczyn izolityczny), odczyn polegający na aktywowaniu jadu okularnika i rozpuszczaniu krwinek końskich, wreszcie wprowadzony i badany przez szkołę wiedeńską odczyn Freunda-Kaminerównej, t. zw. odczyn komórkowy, polegający na tem, iż surowica prawidłowa rozpuszcza komórki rakowe, surowica zaś ludzi, dotkniętych rakiem, zwykle na tkankę rakową nie działa litycznie. Następnie omówił prelegent odczyny odchylania dopełniacza, zatrzymał się obszerniej na wynikach, otrzymanych przez Dungerna, wyjaśnił odczyn anafilaktyczny i zestawił wszystkie badania, jakie w tym kierunku zrobiono. Wspomniawszy pokrótce o odczynie zmętnienia, precypitynowym, oraz osadowym, S. zatrzymuje się na odczynie antytryptycznym, który i dziś jeszcze, według niektórych autorów, posiada pewne znaczenie dla rozpoznania raka. Wreszcie obszernie omawia odczyny natury chemiczno-fizycznej, mianowicie epifanowy, meiostagminowy i hygromipizyczny. Zakończywszy w ten sposób sprawę odczynów z surowicą chorych na raka, zwraca prelegent uwagę, że i z czerwonemi krwinkami robiono wiele badań w kierunku ich odporności względem hypotonicznych rozczynów soli kuchennej, saponiny i jadu okularnika. Wszystkie wymienione badania stanowią jedną wielką grupę, drugą zaś, którą S. omawia w krótkich słowach, stanowią badania nad krwią zwierząt, którym wstrzykiwano tkanki nowotworowe. W zakończeniu na podstawie obszernego piśmiennictwa i pewnego doświadczenia własnego co do niektórych odczynów dochodzi prelegent do wniosku, że odczyn z odchylaniem dopełniacza jest jeszcze zbyt mało wypróbowany, aby co do jego wartości praktycznej można było cośkolwiek powiedzieć; odczyn Freund-Kaminerównej mało ma na razie zwolenników wskutek trudności technicznych; odczyn antytryptyczny ulega coraz silniejszej krytyce i nie jest swoisty; wreszcie największe nadzieje na przyszłość daje odczyn meiostagminowy.

T. Borzęcki.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XVIII. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 16. (29.) III. 1912.

Obecnych członków 20, gości 12. Przewodniczy wiceprezes Dr Sz. Dzierżgowski. Na czas wykładu Dra Dzierżgowskiego przewodniczy prezes Związku prof. Dr J. Ziemacki.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Szymon Dzierżgowski: **W sprawie powstawania przeciwbłoniczej antytoksyny u koni w warunkach ich życia naturalnego.** Prelegent zdaje sprawę

z badań, które zostały rozpoczęte przed siedemnastu laty. Konie odznaczają się szczególną odpornością przeciwko błonicy, która polega na wytwarzaniu się antytoksyny. Odporność ta może być różnego pochodzenia: może być czynną, czy też bierną lub wrodzoną. Dla wyświetlenia tej sprawy wykonał prelegent szereg doświadczeń na koniach, krowach i kozach, badając nasienie i krew u samców, jaja, mleko, krew i płyny okołopłodowe u samic, również krew u zarodków, płodów i osesków. We wszystkich tych razach prelegent starał się określić zawartość antytoksyny. Badań na koniach dokonał w głośnej stadninie koni rasowych Józefa hr. Potockiego. Dzięki najrozmaitszym warunkom doświadczeń, doszedł prelegent do następujących wniosków: Dziedziczności w pochodzeniu antytoksyny niema. Przypuszczenie o biernem pochodzeniu znacznych ilości antytoksyny, jak to bywa u koni, ma za sobą mało podstaw; prelegent zaś dochodzi do przekonania, że dzięki wytwórczości komórek ustroju antytoksyna jest czynnego pochodzenia. Dla wytwarzania się antytoksyny nie jest niezbędnym odczyn (choroba), przeciwnie jest on szkodliwym.

Dyskusya: Prof. Zaleski zapytuje, w jaki sposób określić zawartość antytoksyny w mieszkach jajnika wobec niewielkich ich rozmiarów. — Prelegent: Wielkość mieszka wyrówna prawie wielkości jajka, więc można otrzymać do 20 ctm. sz. płynu. — Prof. Zaleski zapytuje: 1) Czy jest analogia u innych zwierząt taka, jak u koni, co do ich odporności względem błonicy; 2) w jaki sposób badacze doszli do tego, że wybrali konia, a nie krowy, byki i wielbłądy? — Prelegent: Każde zwierzę ciepłokrwiste można zakazić, lecz dla każdego istnieje różna dawka. U ludzi minimalna dawka wywołuje chorobę. U koni silnie wytwarza się antytoksyna, wobec czego ustrój konia nie dopuszcza do rozwoju drobnoustrojów. Co do tego, że wybrano konie, główna przyczyna leży w tem, iż surowica innych zwierząt jest dla człowieka szkodliwą; prócz tego, konie dają znacznie więcej surowicy, aniżeli krowy i woły. Surowica wielbłąda ma własności nieco lepsze, ale wybitnych stron nie posiada. — Przewodniczący prof. Ziemacki w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący odczyt i za poruszenie ważnej sprawy odporności, która jest obecnie na dobie.

II. Dr St. Ostrowski: **Przyczynek do urobilinuryi i urobilinogenuryi u osesków**. (Rzecz wydrukowana w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: Prof. Ziemacki podnosi znaczenie tych badań wobec tego, że sprawa ta jest znana przeważnie w patologii dorosłych, u niemowląt zaś mało jeszcze zbadana. — Przewodniczący Dr Dzierżgowski dziękuje prelegentowi za nader ciekawy odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Wiceprezes Dr Dzierżgowski podaje do wiadomości, że Dr Władimirow zwrócił się do Związku z prośbą o odczyty na »biały kwiatek«. Uchwalono prosić Dra Michałowicza o wygłoszenie odpowiedniego odczytu. 2) Prof. Ziemacki podnosi sprawę o powołaniu do życia komisyi regulaminowej, którą utworzono w roku zeszłym w celu spisania regulaminu (Ziemacki, Sowiński, Z. Orłowski). Uchwalono komisyę tę zwołać na 21 marca. 3) Posiedzenie »Opieki lekarskiej« odbędzie się w dniu 6. kwietnia 1912 r., a na niem ma być poddany obradom projekt Dra Marcinkiewicza w sprawie organizacyi pomocy lekarskiej.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 6. XI. 1912.

Przewodniczący Dr Sterling. Sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Klosenberg przedstawia chorego, który w lipcu 1911 r. uderzony został ostrem narzędziem w tył szyi, zemdlał i leżał nieprzytomny 6 godzin, poczem dopiero został zabrany do domu. Przez 24 dni leżał w szpitalu ewangelickim. W ciągu $^1/_2$ roku zupełny bezwład kończyn prawych, który z biegiem czasu zmniejszył się. Brak zaburzeń w moczeniu, na początku tylko dokuczliwe zaparcie stolca. Czynności płciowe nie ucierpiały. Od początku stałe drętwienie w kończynach lewych. Przedmiotowo zanik m. kapturowego i nadgrzebieniowego prawego ze znacznem osłabieniem odczynu galwanicznego i faradycznego bez zmian jakościowych. Prawostronny niedowład kurczowy ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych, drżeniem rzepki i stopy i z objawami Babińskiego i Oppenheima. Lewostronna hemihyperestezya wszystkich rodzajów czucia powierzchownego do wysokości krtani. Po stronie porażenia znajdujemy zwężenie źrenicy i szpary ocznej przy zachowanem oddziaływaniu na światło, jako objaw ze strony dolnego odcinka szyjnego rdzenia kręgowego. Objawy te wskazują na **zajęcie połowicze rdzenia, zespół Brown-Sequarda**. Porażenie mięśni i górna granica zaburzeń czucia pozwalają na umiejscowienie sprawy w okolicy C_4 C_5.

2) Kol. Mogilnicki złożył obszerne sprawozdanie z **międzynarodowego Zjazdu pedyatrów** w Paryżu.

3) Kol. Tomaszewski przedstawił **preparat**, składający się z **połowy okrężnicy wstępującej, kątnicy i wyrostka robaczkowego**. Cały ten splot kiszek usunięty został z powodu gruźlicy kątnicy u 5-letniej dziewczynki. Przyjęta ona została na oddział wewnętrzny z powodu bólów w brzuchu; tam przy badaniu wyczuwano w lewem podżebrzu guz podłużny, idący ku linii środkowej i tu ginący. Postanowiono zrobić próbną laparotomię. W uśpieniu guza w lewem podżebrzu nie udało się wymacać, natomiast dawał się wyczuć po prawej stronie powyżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej guz okazał się wyżej wymienionym splotem kiszek. Ślepa kiszka miała nadzwyczaj długą krezkę. Cały ten gruźliczy splot wycięto — zrobiwszy przedtem enteroanastomozę między okrężnicą wstępującą a jelitem biodrowem, — a końce jelita biodrowego i okrężnicy zaszyto na głucho. Dziecko zniosło operacyę zupełnie dobrze i opuściło szpital zdrowe po 4-tygodniowym pobycie.

4) Kol. Goldman przedstawił preparat **mięsaka barwikowego**, usuniętego wraz z palcem ręki u 50-letniej kobiety.

Posiedzenie z dn. 20. XI. 1912 r.

Przewodniczący Dr Sterling. Sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Goldberg przedstawił chorą, której wyciął **guz gruczołu przyusznego**. Cięcie w kształcie podkowy jako najdogodniejsze i najłatwiej dające dostęp. W 3 przypadkach operowanych przez siebie nie widział nawrotów.

Kol. Sterling w dyskusyi w sprawie pokazu kol. Goldberga. Uwaga, że kol. Goldberg w żadnym z 3 operowanych przez siebie przypadków nie widział nawrotów, traci na wartości wobec braku badania mikroskopowego guzów, o których nie wiadomo ściśle, czy były złośliwe. Termin guzy »dobrotliwe« jest wadliwy, należy mówić guzy »łagodne«.

2) Kol. Goldman: **Przyczynki do wolnego przeszczepiania powieki**. Wgojenie się przeszczepionych narządów i tkanek następuje tem trudniej, im większe wymagania co do warunków odżywiania stawia przeszczepiona tkanka. Najlepiej przeto nadają się do przeszczepiań ścięgna: jako pozbawione naczyń otrzymują pożywienie z otaczających tkanek, a te warunki mają również po usunięciu z miejsca stałego pobytu i przeniesieniu w nowe środowisko. Technika przeszczepiania jest nader prosta: najczęściej używamy szerokiej powięzi biodra, którą obnażamy cięciem podłużnem i wybrawszy odpowiedni płat, umocowujemy go kilkoma szwami i skórę zeszywamy na biodrze, nie zamykając braku powięzi. Zalety powięzi, jako materyału do przeszczepiań, są następujące: 1) cienkość płatów umożliwia prędki zrost z otaczającemi tkankami, 2) powięź jest nadzwyczajnie trwała, 3) prawie nieograniczony zapas mate-

ryału, 4) mała szkoda wyrządzona na miejscu, skąd bierzemy powięź, 5) różnorodność zastosowania. (Streszczenie własne).

3) Kol. Eisner przedstawił chorego, któremu z powodu **opadnięcia** lewej **powieki** dokonał **transplantacyi** kawałka **powięzi szerokiej**, który przyszył do mięśnia czołowego. Chory obecnie podnosi powiekę. Lekki lagophthalmus.

4) Kol. Goldman przedstawił **nerkę**, usuniętą 46-letniemu mężczyźnie z powodu **nowotworu**, wychodzącego z miedniczki nerkowej. Chory narzekał od $1^1/_2$ roku na silne bóle w okolicy lewej nerki, od czasu do czasu w moczu była silna domieszka krwi, chory silnie schudł. Najsilniejsze bóle występują, gdy chory leży na prawym boku, promieniują ku przodowi i dołowi, niekiedy do jąder. Badanie obok słabej budowy, zaniku tkanki tłuszczowej, bladości skóry i błon śluzowych wykazuje przy braku obrzęków mętny mocz. Cystoskopia (Dr Litmanowicz): Trójkąt Lieutauda zaczerwieniony, obydwa ujścia moczowodów dobrze widoczne; naokoło prawego wybroczyny krwawe, mocz tryska strumieniem; ujście lewego nie różowe, mocz wydziela się rzadziej, niż z prawego, słabym strumieniem, od czasu do czasu z lewego moczowodu wydzielają się nieznaczne kłaczki. Zgłębnikowanie moczowodów łatwe z obu stron bez przeszkody aż do miedniczek. Z prawego moczowodu mocz stale mętny wydziela się kroplami dość częstemi, w przeciągu 25 minut wydostano 30 cm^3 moczu. Z lewego mocz wydziela się bardzo rzadko, w przeciągu 25 minut 8 cm^3, mętny, nieco krwawy. Badanie moczu dało wyniki następujące: 1) z pęcherza — nabłonki pęcherzowe, leukocyty; 2) z lewej nerki: czerwone ciałka krwi, leukocyty; 3) z prawej nerki: leukocyty, nabłonki nerkowe. Po wstrzyknięciu indygokarminu z prawego moczowodu wydziela się zabarwiony mocz po 18 minutach, z lewego po 30 minutach jeszcze niema zabarwienia. 20. XI. w uśpieniu eterowo-pantoponowem (0,02) usunięcie nerki. Nerka wielkości głowy noworodka; — całą nerkę wypełnia guz, wychodzący z miedniczki, substancya korowa ścieńczała. Guz poddano badaniu drobnowidowemu (Dr Lange).

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

III. posiedzenie Zjazdu poświęcone było krytycznemu rozpatrzeniu **metody psychoanalitycznej Freuda**.

Dr Borowiecki (Kraków) w treściwym wykładzie opisuje metodę psychoanalityczną i z opisu wyprowadza jej kryterya. Powstała ona z metody katartycznej, zapomocą której starano się wykryć w stanie hypnozy kompleksy »chorobotwórcze«, po większej części nieobecne w zwykłym stanie świadomości. Różni się jednak od tej ostatniej zasadniczo tem, że wydobywa je na jaw w stanie zwykłej świadomości. Celem psychoanalizy, a zarazem i różnicą jej od innych metod jest poznanie »nieświadomego« i jego mechanizmów; jej środkiem są luźno nasuwające się do danego przejawu psychicznego (marzenia senne, objawy chorobowe) skojarzenia, podawane analizującemu bez wszelkiej oceny i bez zastanawiania się. Jako metoda, posługująca się środkami bardzo prostymi, nie da się ona zastąpić innemi metodami. Jej podmiotowość tkwi w konieczności interpretowania faktów. Niemniej jednak istnieje szereg kryteryów, jakoto: możność przewidywania, jednakowy wynik interpretacyi całego szeregu przejawów życia psychicznego badanej jednostki, zgodność różnych badaczy przy analizowaniu tego samego objawu psychotycznego u pewnej jednostki i wiele innych.

Dr Karpińska (Zakopane) omawiała psychologiczne podstawy Freudyzmu. Psychoanaliza stawia sobie za zadanie poznanie, jaki udział ma nieświadome w życiu psychicznem jednostki pod względem materyalnym i formalnym. Świadomość jest efektem ścierania się pod progiem świadomości sił psychicznych, które są i wtedy czynne w psychice, gdy nie uświadamiamy ich sobie. W walce tej podświadomej rozstrzygająca rola przypada afektywnie zabarwionym treściom psychicznym. Dla wyjaśnienia tego działania Freud podaje hypotezę dynamiczną afektów. Psychologia Freuda jest biologiczną, ewolucyonistyczną. Psychika nasza przechodzi swój rozwój od dzieciętwa do dojrzałości człowieka, przyczem daje się stwierdzić równoległość ontogenezy i filogenezy. Przez takie pojmowanie psychiki stwarza się możność wyjaśnienia jej funkcyonowania zarówno u zdrowego, jak i chorego człowieka. Granica między obu tymi stanami staje się płynną, gdyż tu i tam czynne są tesame mechanizmy, a tylko wzmożenie lub osłabienie czynników wchodzących w grę sił jest rozstrzygające. Studyowanie psychologii nerwic ma wielkie znaczenie dla zrozumienia społecznych wytworów kultury, filozofii, sztuki i t. d., gdyż nerwice, stanowiąc głęboko sięgające analogie do wyżej wymienionych, zdają się być zarazem ich karykaturami.

Dr Bandrowski (Lwów) rozpatrywał wyniki teoryi psychoanalizy z punktu widzenia podstawowych teoryi psychologicznych. Z punktu widzenia hypotezy asocyacyjnej psychoanaliza jest pierwszą ważną próbą zbadania przebiegu wyobrażeń drogą analizy złożonych i danych faktów psychicznych. W świetle innej hypotezy: jednoznacznego przyporządkowania zjawisk fizyologicznych i psychicznych, Freud podał szereg przypuszczeń, rzucających wiele światła na tę sprawę, z któremi jednak zgodzić się bez zastrzeżeń niepodobna.

Dr Chłapowski (Poznań) protestuje przeciwko neologizmowi, używanemu przez prelegentów: »przeżycie« (w znaczeniu »Erlebniss«), proponuje zaś zastąpienie go słowem »wyżycie«.

Dr Jekels (Bystra) mówi o psychicznym biseksualizmie. Pierwiastki męskie i żeńskie, w myśl Freudowskiego pojęcia seksualizmu, pochodzą z pierwotnych znamion płciowych. Do psychologii można wprowadzić zatem czysto biologiczne pojęcia »męski« i »żeński«. Do pojęcia tego dojść można drogą analizy marzeń sennych.

Doc. Dr Radecki (Kraków) podkreśla pierwiastki biologiczne w poglądach Freuda, a mianowicie: genetyczne ujmowanie zjawisk, prawo zachowania energii w mechanizmach psychicznych, ekonomia energii i biologiczne ujęcie nieświadomości.

Dr Beaurain (Zakopane), stosując ewolucyjną metodę badań, znajduje w typie umysłowym dziecka cztery główne cechy: łatwość kojarzeń, konkretność wyobrażeń, częściowe postrzeganie i brak zdolności do abstrahowania. Wszystkim tym warunkom psychicznym odpowiada symbolizm, który ma właściwość języka pierwotnego.

Dr Nelken (Kulparków) omawia zastosowanie psychoanalizy do chorób umysłowych i stwierdza, że teorya Freuda odgrywa wielką rolę w powstawaniu objawów otępienia przedwczesnego. Dalej przedstawia mechanizmy powstawania tych objawów przez wypieranie ze świadomości nieprzyjemnych kompleksów wyobrażeń i ich zanikanie w razie poprawy. Wreszcie zastanawia się nad symboliczną treścią tych objawów i nawiązuje analogię pomiędzy nimi a mitologicznemi i folklorystycznemi badaniami.

Dr Nunberg (Kraków) w odczycie swym o niespełnionych życzeniach według nauki Freuda, analizuje pojęcie »życzenia«, uważając je za tendencyę do uzyskania rozkoszy na drodze przeżyć. Tendencya ta powstaje wskutek przykrości przy niezaspokojonych popędach. Drugą cechą życzenia jest dążenie do powtórzenia pewnych przeżyć, niegdyś doznanych. Życzenie dąży zawsze do wyżycia się, które może nastąpić realnie, lub fikcyjnie w fantazyach albo halucynacyach. Fikcyjne wyżycie się charakteryzuje sposób myślenia ludów pierwotnych, u człowieka zaś doby dzisiejszej występuje w marzeniach sennych, chorobie psychicznej i twórczości artystycznej.

Obszernej i bardzo różnostronnej dyskusyi na temat wartości metody psychoanalitycznej, jej kryteryów, uzasadnienia naukowego i stosunku do istniejących metod, poświęcono wiele czasu.

Dr Jaroszyński roztrząsa dodatnie i ujemne strony teoryi Freuda. Za dodatnie uważa: wprowadzenie determinizmu psychologicznego do neurologii i psychiatryi, dążenie do zbadania mechanizmów podświadomych u zdrowego i chorego, ustalenie związku wzruszeń i konfliktów moralnych z budową chorej psychiki i określenie sił dynamicznych, rządzących w ustroju psychicznym. Do ujemnych stron zalicza: wadliwe pomyślenie teoryi płciowości i fantastyczność interpretacyi symbolów. Co do wskazań leczniczych tą metodą, są one naogół rzadkie.

Dr Bornstein przypisuje metodzie psychoanalitycznej wielkie znaczenie teoretyczne, ponieważ pozwala ona wejrzeć w ciemne strony dotąd mało znanych postaci chorobowych (natręctwa

myślowe, nerwice lękowe). Dalej zwraca uwagę na czynnik seksualny, jako wyzwalający otępienie wczesne.

Doc. Dr Mazurkiewicz uważa za ujemną stronę Freudyzmu: panseksualizm, z pominięciem popędu samozachowawczego, i symbolikę, dającą pole do dowolnych wyjaśnień. Kierunek deterministyczny i nauka o kompleksach, pozwalająca wyjaśnić treść objawów chorobowych (urojeń, halucynacyi i t. d.) stanowią dodatnią stronę nauki Freuda. Mimo to jednak znajomość treści objawów chorobowych nie może dać nam wyjaśnienia etyologicznego chorób umysłowych. Zboczenia seksualne są podobnie, jak i inne objawy patologiczne, skutkiem zboczonej działalności układu nerwowego. Dla tych powodów nie może być mowy o wyleczeniu radykalnem objawów psychopochodnych, nietylko metodą psychoanalityczną, ale żadną wogóle.

Dr Fajersztajn podnosi ze stanowiska klinicznego, że szkoła Freuda rozpatruje nerwice jednostronnie, z punktu widzenia formalistycznego. Stara się ona jedynie wykryć mechanizmy powstawania obsesyi czy fobii, nie biorąc pod uwagę małej odporności chorych na kompleksy obsesyjne. Zdaniem mówcy obsesye występują wyłącznie u ludzi, do schorzeń tych usposobionych.

Dr Rosenthal zwraca uwagę na to, że zastosowanie metody Freuda do psychiatryi wyjaśniło coprawda treść psychotyczną, ale zatarło natomiast granicę pomiędzy nerwicami, a grupą chorób otępienia wczesnego.

Dr Mikulski jest zdania, że żadne z twierdzeń Freuda nie może być jeszcze uznane za udowodnione, gdyż jako dedukcyjnie wysnute muszą stale być sprawdzane i zestawiane z faktami istniejącymi. Takimi probierzami ich prawdziwości są: podmiotowe poczucie lekarza lub chorego, że osiągnięte wyniki odpowiadają istotnemu stanowi rzeczy i pomyślne wyniki terapeutyczne. Oba one jednak są bardzo chwiejne.

Dr Jarkowski widzi zasługę szkoły psychoanalitycznej w podpatrywaniu mechanizmu procesów psychicznych, natomiast podaje w wątpliwość wyłączne znaczenie tej metody w rozwikłaniu patogenezy i leczenia pewnych nerwic, zwłaszcza histeryi. Kompleksy seksualne są bardzo powszechne, a podatność histeryków na sugestyę ułatwia znalezienie u nich tych stanów i zaburzeń psychicznych, których się doszukujemy. Sprawdzianem znaczenia patogenetycznego kompleksów nie jest wynik leczniczy, gdyż wynik leczniczy w histeryi zależy nie od środka użytego, ale od wywieranego na chorego wpływu. W tem tylko znaczeniu psychoanaliza może mieć znaczenie lecznicze.

Prof. Dr Rubczyński sądzi, że początki sztuki i poznania estetycznego nie mają wcale albo tylko mało pierwiastków wspólnych z seksualnymi. U dzieci prawidłowych i społeczeństw pierwotnych popęd do kształtowania, igraszki, rozkładania i składania rzeczy, jest silniej zaznaczony i częściej czynny, niż wpływy seksualne. Popęd mieści w sobie cel, ku któremu zdąża; należy więc odróżniać sam popęd od przyjemności, osiągniętej przy zadosyćuczynieniu mu. Popędy, które przyczyniają się najwięcej do rozszerzenia kultury, mają raczej charakter formalny. O kwestyi determinizmu nie rozstrzygają doświadczenia, osiągnięte psychoanalizą, bo w osobnikach badanych tą metodą myślenie i wola są zawieszone.

Dr Jekels podkreśla te pierwiastki, które nadają psychoanalizie wyższość leczniczą, jakoteż i zapobiegawczą. Jest nim przedewszystkiem oswobodzenie intelektu od afektywnych domieszek, które w przypadkach nerwicy powodują ślepotę psychiczną.

Dr Nelken przeprowadza analogię pomiędzy teoryami histeryi, podanemi przez Babińskiego i Freuda.

Przedmiotem IV posiedzenia Zjazdu były **zjawiska psychoelektryczne.**

Pierwszy zabrał głos Doc. Dr Radecki, omawiając szczegółowo zjawiska psychoelektryczne. Polegają one na fakcie, że niektóre procesy psychiczne wywołują pewne zmiany organiczne, których wyniki fizyczne mogą być zapisywane zapomocą wychyleń galwanometru, połączonego elektrodami z ciałem ludzkiem. Fizyologiczna przyczyna tych zmian nie jest jeszcze dokładnie poznana; główną rolę zdają się odgrywać zmiany krążenia i wydzielnicze. Procesami psychicznymi, którym odpowiadają reakcye psychoelektryczne, są wyłącznie procesy afektywno-wzruszeniowe. W praktycznem zastosowaniu galwanometr stać się może cennym środkiem do wykrywania wzruszeń utajonych lub podświadomych. Jako metoda, która umożliwia pewną dysocyacyę złożonych procesów psychicznych, ma ona znaczenie metodyczne przy każdem prawie doświadczeniu psychologicznem.

Dr Dunin-Borkowski mówił o podstawach fizycznych i fizyologicznych tychże zjawisk. Prelegent przejrzał krytycznie metodykę, stosowaną dotychczas przy badaniu zjawisk psychoelektrycznych. Przechodząc do wyników doświadczeń, otrzymanych drogą ścisłych metod (strunowy galwanometr i nowy sposób łączenia), prelegent wykazuje od jak wielu, i od jak skomplikowanych czynników natury fizycznej zależy wystąpienie zjawiska. Na podstawie otrzymanych przez prelegenta danych niema zdaniem jego zależności wychyleń galwanometru od wzruszeń psychicznych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Korespondencya.

Wilno, w styczniu 1913.

Ubiegły rok 1912 w dziejach Wilna zapisze się dużemi zgłoskami: przystąpiono wreszcie do robót kanalizacyjnych i wodociągowych. Miasto oddawna kołatało do władz w tej sprawie; dopiero w r. 1911 otrzymano pozwolenie na zaciągnięcie pożyczki $4^1/_4$-milionowej na wodociągi i kanalizacyę. Już w r. 1914 mieszkańcy niektórych dzielnic miasta obdarzeni zostaną wodą artezyjską i nareszcie pozbędą się ohydnych beczek asanizacyjnych, tej istnej plagi wileńskiej. Według obliczeń naczelnego kierownika robót kanalizacyjnych i wodociągowych, p. inż. Szenfelda z Warszawy, wodociąg miejski będzie mógł dostarczyć na dobę 31 tysięcy metrów sześciennych wody artezyjskiej; przypuszczalnie każdy mieszkaniec zużywać będzie 80 do 120 litrów wody na dobę; liczba to mała w porównaniu z Zachodem, gdzie każdy mieszkaniec większego miasta zużywa do 400 litrów wody na dobę. Wilno ma obecnie przeszło 200 tysięcy mieszkańców, ogólna zaś ilość wody obliczona na 350 tysięcy. Obliczenie takie, zdaniem p. Szenfelda, w zupełności zabezpiecza Wilno na lat 25—30; przykładem jest Warszawa. W r. 1880 wodociąg warszawski, obliczony na 500.000 mieszkańców, został zbudowany zaledwie w $^3/_4$ projektowanej wielkości; pomimo to Warszawa, mająca obecnie przeszło 800 tysięcy mieszkańców, nie potrzebuje jeszcze zwiększać swych urządzeń wodociągowych.

Drugim wielkim atutem w sprawie uzdrowotnienia Wilna jest miejska organizacya bezpłatnej pomocy lekarskiej dla biednych; do r. 1912 ciężar owej dobroczynności ponosili lekarze praktykujący. Obecnie miasto podzielono na osiem okręgów, w każdym okręgu jest przychodnia dla biednych, lekarz ordynujący w takiej okręgowej przychodni obowiązany jest również odwiedzać chorych w domu. Miasto płaci za to lekarzom dla biednych po 1800 rub. rocznie; wynagrodzenie niby nie jest małe, ale ów lekarz dla biednych w swoim okręgu pełni także czynności lekarza sanitarnego. Takie połączenie obu czynności jest nieodpowiednie; próba, jak się należało spodziewać, nie wypadła dobrze, i miejska komisya sanitarna zamierza rozgraniczyć obie sfery działalności; zyska na takiem rozgraniczeniu i służba sanitarna i pomoc dla biednych.

Wogóle w dziedzinie uzdrowotnienia Wilna miasto ostatniemi czasy podąża szybko. Zbudowano nowe baraki dla chorych zakaźnych, stary zaś, który w miarę wzrostu miasta znalazł się wreszcie w samym środku miasta, został spalony. Obecnie kolej na komorę dezynfekcyjną. Zbudowana przed 10 laty komora nie zadowalnia wymagań obecnych, to też w tym roku miasto przystąpi do budowy nowej komory w pobliżu nowych baraków dla zakaźnych.

Na zakończenie nie mogę pominąć sprawy otwarcia w Wilnie uniwersytetu Oddawna miasto stara się o to, ale dotychczas władze stale odmawiały. Obecnie miasto zwraca się ponownie do władz z propozycyą otwarcia uniwersytetu celem uczczenia 300. rocznicy panowania Romanowych; na ten cel miasto przeznacza milion rubli i 20 dziesięcin ziemi dla urządzenia wydziału agronomicznego. Należy spodziewać się, że miasta sąsiednie i ziemianie okoliczni również złożą ofiarę; może wobec takiego postawienia sprawy władze nieco chętniejszem okiem spojrzą na propozycyę miasta, tem bardziej, że uniwersytet ma się nazywać Romanowskim. Może nareszcie młodzież nasza nie będzie zmuszona tułać się po Moskwach, Petersburgach, Kazaniach i t. d., gdzie wpływ kultury obcej wyciska na niej swe piętno.

Safarewicz.

Kilka słów w sprawie projektu ustawy o pozbawieniu własnowolności.

W r. 1909 przedłożony został na XX sesyi parlamentu austryackiego rządowy projekt »ustawy o pozbawieniu własnowolności« (Entmündigungsgesetz).

Dążenia współczesnej psychiatryi do zatarcia średniowiecznego systemu więziennego zakładów dla umysłowo chorych, do zbliżenia tych zakładów w miarę możności do ustroju zwykłych szpitali publicznych przez odpowiednią organizacyę życia chorych, przez ułatwienie ich przyjmowania i wydalania i t. p., — wszystkie te najważniejsze postulaty wcale przez ów projekt uwzględnione nie zostały. Przeciwnie, projekt wprowadza nie istniejące dotąd t. zw. »postępowanie detencyjne« (§ 20 do § 29), mające na celu orzeczenie przez sąd, czy przetrzymywanie chorego w zakładzie jest dopuszczalne, zanim sąd wdroży obowiązujące i obecnie »postępowanie kuratelarne«. Jako znawcy w tych postępowaniach mogą według projektu występować »doświadczeni lekarze, w miarę możności posiadający wykształcenie psychiatryczne« (a więc nie koniecznie!), i z kategorycznem wykluczeniem lekarzy, najlepiej znających stan zdrowia chorego, t. j. lekarzy zakładowych (§ 23 projektu). Nadto wprowadzał projekt nową instytucyę »mężów zaufania«, obieranych przez osoby, mające być pozbawione własnowolności (§ 35), a posiadających szeroki zakres działania aż do wglądania i odpisywania wszelkich aktów zakładowych, dotyczących chorego. Ponieważ »mężem zaufania« chorego według projektu nie może być tylko człowiek, niezdolny do działań prawnych albo znany jako pokątny doradca, więc chorzy kryminalni, — a tych w zakładzie np. kulparkowskim jest 10% ogółu chorych —, mieliby prawo notorycznych kryminalistów wybierać na »mężów zaufania«, mogących gospodarować w aktach zakładowych.

Przytoczone powyżej i inne jeszcze postanowienia projektu byłyby katastrofą dla racyonalnej organizacyi opieki nad umysłowo chorymi, gdyby się stały prawomocną ustawą.

Niestety w ostatnich dniach komisya prawna Izby posłów przyjęła projekt rządowy — pomimo energicznych protestów ze strony psychiatrów — z odrzuceniem wprawdzie instytucyi »mężów zaufania«, ale z pozostawieniem »postępowania detencyjnego«. Każdy chory, mający i obecnie wobec postępowania kuratelarnego dostateczną opiekę władz sądowych, na przyszłość stykałby się z komisyą sądową już w pierwszych dniach swego pobytu w zakładzie, kiedy chory zwykle jest najbardziej skłonny do stanów podnieceń i kiedy względy lekarskie wymagają największego dlań spokoju. Postępowanie detencyjne byłoby zatem szkodliwe dla zdrowia chorego, kojarzyłoby odrazu w jego umyśle zakład, w którym się znalazł, z sądem, z karą, z więzieniem. Każdy laik, zdawałoby się, powinien rozumieć, jak kojarzenia takie utrudniają lekarzom i personalowi zakładowemu pozyskanie zaufania chorego, a więc pierwszy niezbędny warunek racyonalnego leczenia umysłowo chorych. Ta projektowana innowacya, szkodząca zdrowiu chorego, obarczająca personal zakładowy szeregiem nowych formalistycznych czynności, ma na celu zapobiedz bezprawnemu zatrzymywaniu w zakładzie ludzi umysłowo zdrowych, rzekomo jeszcze i dziś możliwemu. Dla tej fikcyi, dla tego straszaka, nie mającego podstaw realnych, nie popartego ani jednym przykładem od czasu, jak u nas istnieją zakłady psychiatryczne, otrzymują te zakłady, do dzisiejszego dnia tylko drobny ułamek ciężkich, prawdziwych psychoz, — i to z trudem — mogące pomieścić, dzisiaj takie wotum nieufności w projekcie rządowym i w parlamentarnej komisyi prawnej, które nietylko obciąży nowym wydatkiem tysiące ubogich chorych, przechodzących przez zakłady, ale nadto zaszkodzi ich leczeniu i zdrowiu.

Należy się spodziewać, że podczas obrad nad projektem w plenum Izby posłów Koło polskie i Klub posłów ruskich zajmą stanowisko o tyle energiczne w obronie zdrowego rozwoju opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi, że projekt ustawy o pozbawieniu własnowolności zostanie w dzisiejszem jego brzmieniu przez parlament odrzucony, jako wręcz szkodliwy.

J. Mazurkiewicz.

Odezwa do kolegów w sprawie Muzeum etnograficznego.

W wielu jeszcze kierunkach brak nam zbiorów naukowych, które dla rozwoju lub popularyzacyi pewnych gałęzi wiedzy są niezbędne. Pilną potrzebą jest np. założenie publicznego Muzeum przyrodniczego, dotyczącego własnego naszego kraju, jakie posiadają już wszystkie narody kulturalne, a jakiego myśl propaguje u nas od szeregu już lat inż. Stobiecki. Do takich pilnych potrzeb należało też Muzeum etnograficzne, które do niedawna jako instytucya odrębna wcale nie istniało. Poza zbiorem do etnografii małoruskiej w Muzeum im. Dieduszyckich we Lwowie, poza niezbyt wielką liczbą przedmiotów, znajdujących się w Muzeum im. Dr Adryana Baranieckiego w Krakowie i poza kilku zbiorami prywatnymi, nie mieliśmy w tym względzie nic więcej. Założenie wielkiego publicznego zbioru stawało się zaś tem pilniejsze, im bardziej znika charakterystyczny strój, sprzęt, obyczaj, pieśń, a nawet język różnych odłamów ludności na ziemiach dawnej Rzeczypospolitej.

By złemu zaradzić, rozpoczął przed paru laty niestrudzony a wielce zasłużony etnograf, p. Seweryn Udziela, gromadzić okazy etnograficzne przy Muzeum narodowem w Krakowie. Dopiero jednak, gdy prof. Dr Talko-Hryncewicz objął katedrę antropologii w Uniwersytecie Jagiellońskim, powiodło się wspólnym usiłowaniom doprowadzić do skutku założenie publicznego Muzeum antropologiczno-etnograficznego. Przed Muzeum tem otwarły się nadzieje szybszego rozwoju, gdy w roku bieżącym Wydział krajowy galicyjski zajął przychylne stanowisko wobec starań o pomieszczenie Muzeum na wzgórzu Wawelskiem w jednej połaci budynków w sąsiedztwie przyszłego Muzeum narodowego i o subwencyę na odnowienie tych budynków.

Nadszedł przeto czas, by do gromadzenia okazów etnograficznych zabrać się energicznie. Rzecz prosta, że lekarze, stykający się ciągle z ludem, mogą stosunkowo łatwiej, niż kto inny, pozyskać dla Muzeum niejeden cenny przedmiot. Niewątpliwie też każdy z tych kolegów, któremu etnografia nie jest obojętną, zechce się w tym kierunku do rozwoju Muzeum przyczynić. Ale jest jeden dział etnografii naszej, w którym szczególnie lekarze, a nieraz tylko lekarze mogą Muzeum zbogacić. Działem tym jest m e d y c y n a l u d o w a. Wprawdzie pewne jej strony są właśnie lekarzowi mniej dostępne: z pewnymi swymi przesądami leczniczymi, z pewnemi praktykami, lud ukrywa się gdzieniegdzie przed lekarzem szczególnie starannie. Nie o nie jednak głównie chodzi; w tym bowiem względzie mamy już bogaty materyał w dziełach niezapomnianego Oskara Kolberga, mamy też i opracowania umiejętne, jak np. książkę Dra Maryana Udzieli. Ale najczęściej lekarzowi dostępne bywają rozmaite przedmioty, używane w medycynie ludowej, bo lekarz jest tym, który miewa sposobność oglądać smutne nieraz następstwa ich użycia. Chodzi tu o wszelakie prymitywne przyrządy, naiwne nieraz narzędzia, protezy i t. d., dalej rozmaite przez znachorów i partaczy lub w domowej medycynie ludowej powszechnie stosowane leki, przetwory, zioła. P. Seweryn Udziela zgromadził zielnik, obejmujący wszystkie gatunki roślin, używane przez lud w celach leczniczych: zbiór ten jednak odnosi się tylko do okolic Krakowa. Podobne zbiory należałoby zestawić dla wszystkich części kraju we wszystkich dzielnicach; rzecz do pokierowania nietrudna dla kolegów, interesujących się botaniką. Wiele przedmiotów, pokazywanych w naszych Towarzystwach lekarskich, jako »curiosa«, znalezione u chorych, leczonych przez znachorów, byłoby dla Muzeum cennym materyałem, gdy obecnie bezpowrotnie marnieje. Oczywiście przy każdym takim przedmiocie, nadesłanym do Muzeum, potrzebne jest objaśnienie, w jakim celu go używano, w jakim przypadku znaleziono, z uwzględnieniem nasuwających się uwag lekarskich.

Aby jednak utworzyć w Muzeum taki specyalny dział medycyny ludowej, dającej należyty jej obraz, trzeba współdziałania jak najszerszych kół lekarskich. Do tego współdziałania zapraszając więc wszystkich kolegów, nadmieniam, że należące do tego działu dary przesyłać najlepiej wprost na ręce prof. Dr Talko-Hryncewicza (Kraków, ul. Studencka), albo na ręce p. Seweryna Udzieli (Kraków, Akademia Umiejętności). Zresztą sam w tem także chętnie pośredniczyć jestem gotów.

Czasopisma lekarskie polskie upraszam uprzejmie o powtórzenie tej odezwy.

Stanisław Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 29. I. 1913 posiedzenie, na którem prof. Lewkowicz wspólnie z Dr Dudejem, prof. Kader i prof. Rosner przedstawiali przypadki ze swoich klinik. W dyskusyi przemawiali Dr Blassberg, Hirsch i Krawczyński.

— Grupa krakowska Tow. »Domu zdrowia« uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc bratnia« w Zakopanem, chcąc przez założenie »Archiwum przeciwgruźliczego« dać możność członkom swym bliższego zapoznania się z zagadnieniem walki z gruźlicą, a prelegentom swym udostępnić korzystanie ze źródłowych materyałów, zwraca się do stowarzyszeń, instytucyi i ogółu z prośbą o nadsyłanie broszur, odezw, sprawozdań i wszelkich druków, dotyczących ruchu przeciwgruźliczego w Polsce i zagranicą. Adres: Kraków, Coll. Novum, dla grupy krakowskiej Towarzystwo »Pomoc bratnia« w Zakopanem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. I. do 25. I. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 13 † 2 (obcych 4 † 1), krztuśca — † 3, ospy wietrznej 5, płonicy 16 † 1 (2 † 7 —), odry 2, duru brzusznego 3 † — (3 † 2), czerwonki 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Dr Antoni Gabszewicz został zatwierdzony na stanowisku lekarza naczelnego szpitala św. Rocha.

— Na rzecz Pogotowia ratunkowego zapisał ś. p. Krompolc 69.724 rb.; na rzecz Kasy wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach przy warszawskiem Towarzystwie lekarskiem zapisała ś. p. Zuzanna Wszeborowa, wdowa po lekarzu szpitala Dz. Jezus, 30.000 rb.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze warszawskie miało w r. 1912 dochodu 12.945 (w tem z dnia »białego kwiatka« 7.960) rubli, rozchodu 4.467 rb. W przychodniach zbadano 1.599 osób, zaopiekowano się 856 chorymi. W sanatoryum w Rudce umieszczono 7 chorych, w uzdrowisku Towarzystwa — »Leśniczówka« — 25 chorych bezpłatnie. Towarzystwo zamierza założyć trzecią przychodnię i rozszerzyć swą działalność na prowincyę. Do Rady weszli na r. 1913 z lekarzy: Dr A. Sokołowski i Dr J. Szmurło.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 13. I. do 27. I. 1913 przypadków: ospy 7 † 3, płonicy 2 † —, duru wysypkowego — † —, róży 1 † — Dr Trenkner.

Z różnych stron. Porządek dzienny XXIII posiedzenia Wydziału lekarskiego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu dnia 18/31 stycznia r. b. obejmował dyskusyę z powodu odczytu prof. Dra St. Trzeciaka o trądzie, wykłady doc. Dr K. Noiszewskiego: O próbach wzroku i Dr Zboromirskiego: Odczyn Bordet-Gengou przy rzerzączce i jej powikłaniach, wreszcie pokazy.

Zmarli:

Dr Bolesław G e p n e r

jeden z najwybitniejszych okulistów polskich przedostatniej doby, w Warszawie w 78 r. ż. Urodzony w Warszawie, medycynę stu-

dyował w Petersburgu, dyplom doktorski uzyskał w Warszawie w r. 1859, gdzie też w latach 1861—1864 pełnił obowiązki ordynatora Instytutu oftalmicznego. W dwu następnych latach pracował w klinice prof. Graefego w Berlinie; w r. 1878 został ordynatorem warszawskiego Instytutu oftalmicznego. Ogłosił drukiem szereg rozpraw z zakresu okulistyki.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik IV. Zeszyt 1. (cena 2·50 Mk.). (Cały rocznik 16 Mk.).

Zeszyt styczniowy »kursów lekarskich« poświęcony, jak zwykle, medycynie teoretycznej, zawiera w tym roku dwie rozprawy: Prof. Picka: »Nowsze badania nad budową i rozszczepianiem substancyi białkowych w ustroju zwierzęcym«, oraz prof. Lubarscha: »Granice anatomii i histologii patologicznej; nowe zadania i zagadnienia«. Obie rozprawy mogą budzić wielkie zajęcie w najszerszych kołach lekarskich; pierwsza porusza jedno z najdonioślejszych, na dobie będących zagadnień chemii fizyologicznej, druga dowodnie przedstawia błędność popularnego zdania, jakoby znaczenie morfologii patologicznej w postępie nauk lekarskich zmalało. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1913.

Gazeta lek. Nr 52/1912—4. Dunin-Borkowski: Istota hemolizy i aglutynacyi (52). — Popielski (dok. 52). — Kryński: Leczenie rwy nerwu trójdzielnego wstrzykiwaniem wyskoku (1). — Chełchowski: Choroby zakaźne i śmiertelność w Zakopanem (1—4). — Drozdowicz: Badanie promieniami Roentgena, jako metoda dyagnostyczna płuc (2). — Truszkowski: Znaczenie odczynu Pirqueta dla rozpoznania gruźlicy (3). — Cybulski: Elektryczność zwierzęca, jej źródło, przejawy i znaczenie (4—5).

Medycyna i Kronika lek. Nr 52/1912—4. Koenigstein: Porażenie nerwu zwrotnego, przetoka przełykowo-tchawicza wskutek ciała obcego w przełyku (52). — Zylberlastówna (dok. 52). — Śląski: Wynicowanie macicy (1). — Hertz i Moczulski: Przypadek ostrej utajonej białaczki limfatycznej (1—2). — Urstein: Psychozy maniakalno-depresyjne i okresowe jako przejaw katatonii (2—3). — Majewska: Przypadek wągrowatości mózgu (3). — Higier: Z farmakodynamiki i patologii ogólnej układu wegetacyjnego (4). — Huzarski: Leczenie krwotoków poporodowych (4).

Tygodnik lek. Nr 1—4. Popielski: Niekrzepliwość krwi w odruchowej czynności wydzielniczej ślinianek i gruczołu trzustkowego. Ogólne prawo wydzielania soków trawiennych (1—2). — Ziembicki: Kilka słów o kile płucnej, z powodu przypadku, leczonego salwarsanem (1). — Fr. Giedroyć: Przed organizacyą służby zdrowia w wojsku moskiewskiem (1—2). — Starklówna: Nadnercza w stanach patologicznych (2—4). — Wiczyński: Niezwykła przyczyna przedwczesnego odklejenia się łożyska (3). — Wilenko: Sposób działania adrenaliny na przemianę węglowodanów (4).

Nowiny lek. Nr 1. Sędziak: O ciałach obcych w górnych drogach oddechowych i pokarmowych oraz w uszach. — Zembrzuski: Kilka słów o t. zw. obłoniaku. — Dziembowski: Wrzód dwunastnicy w świetle medycyny wewnętrznej. — Stanisław Szuman: Dyagnoza i prognoza jako suggestya w psychologicznem, terapeutycznem i etycznem znaczeniu.

Lekarz wileński Nr 1. Od Redakcyi. — Majewski i Zielińska: O znaczeniu cytologicznego badania wysięku pryszczydłowego dla rozpoznania złośliwych nowotworów. — Minkiewicz: Kilka słów o błędnem rozpoznaniu zapalenia wyrostka robaczkowego. — Boguszowski: 1) W sprawie epidemii płonicy 1912 r. w Wilnie. 2) W sprawie zdrowego mleka (z uwzględnieniem danych stacyi analitycznej wileńskiej). — Sycianko: Sole sodu i wapnia w organizmie, a gruczoły wkrewne. — Jeśman: Przychodnia dla chorych gruźliczych w Mińsku litewskim.

(Dokończenie nastąpi).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 5. lutego 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Przedstawienie chorych z kliniki prof. Lewkowicza i prof. Rosnera. 2) Wykład prof. Rosnera: Ciąża a gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu.

Rok LII. Kraków, dnia 8. lutego 1913. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V. a) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymaryusz: Dr Eugeniusz Borzęcki

Wpływ salwarsanu i neosalwarsanu na narząd krwionośny w przebiegu kiły.

Podali
Dr Tadeusz Tempka i Dr Ksawery Walter.

Salwarsan i neosalwarsan obok wybitnego działania leczniczego w kile, mogą wywierać także ujemny wpływ na ustrój. I tak, co do narządu krążenia, spotykamy nieraz znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego. Już Nicolai stwierdził przy podskórnem stosowaniu salwarsanu obniżenie ciśnienia, a prace Hoke-Riehla, Heringa, Camusa i Burziego w zupełności to potwierdziły. Między innymi Sieskind i Gennerich znajdowali przy szczegółowo przeprowadzonych badaniach po śródżylnych wlewaniach salwarsanu znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego, pierwszy średnio o 30—40 cm słupa wody (mierzone tonometrem Recklinghausena), drugi o 10—20 mm słupa rtęci (Riva-Rocci), który to spadek utrzymywał się średnio 1—3 dni.

Doświadczenia nasze nad działaniem salwarsanu i neosalwarsanu co do obniżania ciśnienia tętniczego wykonaliśmy w 20 przypadkach[1]), z czego połowa przypadała na doświadczenia z salwarsanem, druga z neosalwarsanem. Ustaliwszy średnią wysokość parcia krwi przez kilkakrotne poprzednie mierzenie przyrządem Riva-Rocciego, wlewaliśmy dawkę salwarsanu 0·4, a neosalwarsanu 0·6, w żyłę środkową przedramienia. Rozczyn przyrządzaliśmy według przepisów Ehrlicha: salwarsan rozpuszczaliśmy w 150—200 cm³ wyjałowionego 0·5% rozczynu soli kuchennej, po zalkalizowaniu 15% ługiem sodowym, a neosalwarsan również w tej samej ilości 0·5% rozczynu soli kuchennej. Natychmiast po dokonaniu zabiegu spostrzegaliśmy w 11 przypadkach obniżenie parcia (6 przypadków po salwarsanie, a 5 po neosalwarsanie) o 5—10 mm słupa rtęci, który to spadek po 15 minutach dosięgał wysokości 10—30 mm; w 4 przypadkach nie zauważyliśmy żadnych zmian w ciśnieniu zaraz po dokonanem wlewaniu, a w 5 przypadkach (3 salwarsan, 2 neosalwarsan) wystąpiło podniesienie się ciśnienia o 5—15 mm, które jednak po kilku minutach ustępowało miejsca spadkowi ciśnienia. Obniżenie parcia krwi utrzymywało się średnio przez 3 dni, w 5 przypadkach trwało 5—6 dni, a w jednym przypadku po neosalwarsanie obniżenie ciśnienia o 15—20 mm trwało 9 dni. Różnicy więc w działaniu salwarsanu i neosalwarsanu na ciśnienie — nie zauważyliśmy.

Z innych objawów przedmiotowych, występujących po wlewaniu czyto pierwszego, czy drugiego przetworu, należy wspomnieć o przyspieszeniu czynności serca, w niektórych przypadkach nawet o 40—50 uderzeń na minutę; niemiarowość tętna (arrhythmia) stwierdziliśmy tylko w 2 przypadkach, utrzymującą się przez 3 godziny, w jednym natomiast przypadku zauważyliśmy obniżenie się tętna z 80 uderzeń na 60. Objawów klinicznych, dowodzących niedomogi czynnościowej serca, nigdy nie zauważyliśmy. Z objawów podmiotowych należy zaznaczyć kołatanie serca i uczucie ściskania w jego okolicy. Objawy te wkrótce przemijały.

Przyczyny spadku ciśnienia tętniczego po salwarsanie tłomaczono sobie różnie. I tak Hoke i Riehl, którzy przeprowadzili doświadczenia na królikach, wyłączają serce, jako przyczynę spadku ciśnienia, a upatrują ją w działaniu arsenu, zawartego w przetworach Ehrlicha, na napięcie ścian naczyniowych. Sieskind przypuszcza, że obniżenie polega na działaniu porażającem komórki mięsne tętnic krezkowych przez co następuje większy przypływ krwi do jamy brzusznej, a co za tem idzie, spadek ciśnienia w naczyniach obwodowych; Gennerich przyjmuje oprócz działania rozszerzającego naczynia, także wpływ toksyczny na mięsień sercowy. Niedawno ogłoszone doświadczenia Czubalskiego, wykonane na psach, jak również i na izolowanych sercach kotów, wykazują przyczynę obniżenia parcia w działaniu arsenu na ośrodki naczynioruchowe, wyłączając jakąkolwiek rolę układu naczynioruchowego obwodowego; z doświadczeń zaś, wykonanych na izolowanych sercach kotów, a potwierdzonych przez badania Archangelskiego, wysnuwa Czubalski wniosek, że nie zachodzi tu tylko trujące działanie arsenu na serce, ale że pewną rolę odgrywa i ilość ługu sodowego, zużytego do zalkalizowania kwaśnego rozczynu salwarsanu.

Znanym jest powszechnie szereg objawów odczynowych, występujących w parę godzin po wlewaniach śródżylnych tak salwarsanu, jak i neosalwarsanu. Odczyn ten objawia się u rozmaitych osób w mniejszym lub większym stopniu podniesieniem ciepłoty, nieraz do 39°—40° C., dreszczami, silnemi wymiotami, biegunką, bólami głowy. Objawy te trwają parę godzin, rzadko utrzymują się czas dłuższy. Tło-

[1]) Prymaryuszowi Dr E. Borzęckiemu składamy podziękowanie za odstąpienie nam materyału i cenne wskazówki.

maczeń przyczyn tego odczynu ustroju było dosyć; między innemi obwiniano niezupełnie jałowe przygotowanie roztworu soli kuchennej, to znów przypisywano odczyn ten działaniu toksyn, uwolnionych po zabiciu krętków Schaudinna.

Wprowadzając rozczyn alkaliczny salwarsanu, staraliśmy się przekonać, czy nie występują przypadkiem zmiany w chemicznem oddziaływaniu krwi, wywołane czy to następowym rozpadem przetworu, czy też jego przeobrażeniem. Zasadowość krwi obliczaliśmy alkalimetrem Engla kilkakrotnie przed wlewaniem, bezpośrednio po dokonaniu zabiegu, w 15 minut, w 1 godzinę i w 5—6 godzin, t. j. właśnie w czasie trwania owych objawów. Już w krótki czas po wprowadzeniu salwarsanu do żyły znajdowaliśmy podniesienie się zasadowości krwi średnio o 30 mg NaOH, obliczonych na 100 cm³ badanej krwi; to zwiększone oddziaływanie zasadowe trwało krótko, tak, że w czasie trwania objawów oddziaływanie krwi już było prawidłowe. Neosalwarsan natomiast, jako rozczyn obojętny, nie wywoływał żadnych zmian zasadowości krwi. Salwarsan więc w odpowiedni sposób przygotowany i neosalwarsan, wprowadzone śródżylnie, nie wywołują żadnych znaczniejszych i trwalszych zmian w oddziaływaniu chemicznem krwi, któreby mogły tłómaczyć występowanie owych toksycznych objawów.

Przechodzimy teraz do spostrzeżeń nad wpływem przetworów Ehrlicha na układ krwiotwórczy. Znaczną poprawę stwierdzaliśmy w przypadkach niedokrwistości na tle kiły; arsen zawarty w salwarsanie w ilości 31·5%, a w neosalwarsanie w ilości 21·7%, działa wybitnie podniecająco na narządy krwiotwórcze. Przeważna część naszych 30 chorych dotknięta była objawami znacznej niedokrwistości, tak, że ilość hemoglobiny wynosiła niekiedy 50°—60° (Sahli). Ilość ciałek czerwonych również była zmniejszona w odpowiednim stopniu. Badając krew w tydzień lub 10 dni po wlewaniu, znajdowaliśmy w przeważającej liczbie przypadków zwiększenie się ilości Hb o 5°—10°—12°, a nawet w 2 przypadkach o 15°; nigdy natomiast nie zauważyliśmy zmniejszania się ilości hemoglobiny. Ilość ciałek czerwonych wzrastała znacznie, czasem o milion. Co do ciałek białych, to spostrzegaliśmy w parę godzin po wlewaniu mniej lub więcej wybitną leukocytozę (14—17.000), utrzymującą się krótki czas.

We wzajemnym stosunku ciałek białych, a zwłaszcza limfocytów do leukocytów neutrochłonnych, nie zauważyliśmy wybitniejszych zmian; w pięciu tylko przypadkach zauważyliśmy po wlaniu salwarsanu zmniejszenie się procentowej wartości limfocytów, poprzednio, przed dokonaniem zabiegu, wysokiej. Większe zmiany spostrzegaliśmy w zachowaniu się ciałek eozynochłonnych. Ilość ich, w przypadkach dłużej trwającej kiły zawsze znaczna (średnio dochodząca do 5%, czasem nawet 10%), uległa w 19 przypadkach zmniejszeniu średnio do 2%, w 9 przypadkach pozostała ta sama (4%), a w 5 przypadkach nawet nieco się zwiększyła. Ilość komórek tucznych, również niejednokrotnie zwiększona (2%), ulegała zmniejszeniu.

Najciekawsze jednak zmiany zauważyliśmy w obrazie ciałek obojętnochłonnych według Arnetha. Badając krew osób, dotkniętych chorobami zakaźnemi, doszedł Arneth do wniosku, że obraz ciałek białych neutrochłonnych, stanowiących $^{3}/_{4}$ ogólnej ilości ciałek białych, doznaje pewnych zmian jakościowych. Tym zmianom przypisywał on znaczenie w ocenianiu ciężkości przypadków, jak i rokowaniu, przyznając ciałkom obojętnochłonnym największe znaczenie w walce z czynnikiem zakaźnym. Ciałka obojętnochłonne podzielił on na 5 klas według ilości jąder. Do klasy pierwszej zaliczył ciałka o jednem jądrze, mniej lub więcej wybitnie wklęsłem, jak również i myelocyty obojętnochłonne; do klasy drugiej ciałka dwujądrzaste i t. d. aż do klasy piątej o pięciu, lub nawet więcej jądrach. Ciałka zaliczone do klas I. i II. uważa Arneth za formy najmłodsze, które potem starzejąc się, dzielą swe jądra. I te właśnie ciałka neutrochłonne o większej ilości jąder stanowią według Arnetha najstarszą i najsilniejszą załogę w walce z zakażeniem. Gdy sprawa chorobowa trwa pewien czas, giną naprzód ciałka starsze, należące do klas wyższych, a narząd krwiotwórczy wysyła na ich miejsce formy młode jedno- i dwujądrzaste. Z chwilą powrotu do zdrowia stan ciałek wraca do obrazu prawidłowego, jak przed zakażeniem.

Preparaty barwiliśmy metodą Ehrlicha, Jennera, May-Grünwalda i Pappenheima; zwłaszcza sposób Pappenheima oddawał nam dobre usługi, gdyż bardzo wybitnie uwydatniał jądra ciałek obojętnochłonnych. Prawidłowy obraz krwi do badań według Arnetha ustaliliśmy przez kilkakrotne badanie krwi całego szeregu osób zdrowych; przedstawiał się on następująco:
kl. I. 5%, kl. II. 30%, kl. III. 45%, kl. IV. 15%, kl. V. 5%.

Nadmienić należy, że w ocenianiu ilości jąder nie uwzględnialiśmy cieniutkich nitkowatych połączeń między pojedynczemi jądrami.

We wszystkich prawie nieleczonych lub niedostatecznie leczonych przypadkach kiły drugorzędnej i trzeciorzędnej, jak i w okresie wylęgania się kiły drugorzędnej, znajdowaliśmy w obrazie krwi według Arnetha, przed zastosowaniem salwarsanu, względnie neosalwarsanu, wybitne przesunięcie na lewo. I tak ciałek, zaliczonych do klasy I., było średnio 16—20%, a nawet w jednym przypadku ciężkiej kiły drugorzędnej 46%. W drugiej klasie było średnio 40—45%, w trzeciej 25—30%, w czwartej 5—10%, w piątej 2%. W okresie zmiany pierwotnej, gdzie zakażenie datowało się od niedawnego czasu, gdzie jeszcze odczyn W. N. B. był ujemny, nie zauważyliśmy przesunięcia obrazu krwi według Arnetha na lewo.

Badając krew w 7—10 dni po wlaniu salwarsanu względnie neosalwarsanu, znajdowaliśmy wybitne polepszenie i obraz krwi co do jakości ciałek białych zbliżał się lub wracał do stanu prawidłowego; ilość ciałek, zaliczonych do klas III—V, zwiększała się w przeważającej liczbie przypadków, przy równoczesnem, odpowiedniem zmniejszaniu się ilości ciałek klas niższych. W czterech przypadkach, leczonych neosalwarsanem, poprawy nie było.

Pomimo, że badania Arnetha wielu autorów podaje w wątpliwość, nie przypisując im żadnego znaczenia w rozpoznawaniu, ani w rokowaniu, jużto zarzucając mu podmiotowość w ocenianiu ilości jąder, jużto wady w przyrządzaniu preparatów, to jednak na podstawie naszych badań dochodzimy do pewnych wniosków. Znajdując prawie zawsze obraz krwi, odpowiadający badaniom Arnetha, musimy przyjąć, że kiła wywołuje pewne zmiany w obrazie

jakościowym ciałek białych. W okresie wylęgania się kiły drugorzędnej, w okresie kiły drugo- i trzeciorzędnej, znajdujemy zawsze przesunięcie w obrazie krwi według Arnetha na lewo; po zastosowaniu przetworów Ehrlicha obraz ciałek białych zbliża się do stanu prawidłowego, przesuwa się z powrotem na prawo.

Na podstawie naszych badań dochodzimy do następujących wniosków:

Salwarsan w rozczynie zasadowym, jak również neosalwarsan, stosowane śródżylnie,

1) wywołują: obniżenie ciśnienia bezpośrednio, lub w parę minut po zastosowaniu, utrzymujące się średnio 4 dni, będące prawdopodobnie pochodzenia centralnego;

2) zwiększają ilość uderzeń serca;

3) oba środki nie wywołują znaczniejszych zmian w oddziaływaniu krwi, prócz krótkotrwałego podniesienia zasadowości po salwarsanie;

4) zwiękzają ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych; wywołują przejściową leukocytozę;

5) w stosunku limfocytów do leukocytów obojętnochłonnych, jakoteż limfocytów dużych do małych, nie wywołują żadnych zmian wybitniejszych.

6) Ilość ciałek eozynochłonnych, jak również i komórek tucznych ulega zmniejszeniu.

7) Obraz krwi według Arnetha ulega znacznemu przesunięciu na prawo.

Mając na względzie jedno z wybitniejszych działań przetworów Ehrlicha, a mianowicie obniżenie ciśnienia tętniczego, czasem dłuższy czas utrzymujące się, należałoby zachować pewną ostrożność w stosowaniu tych przetworów w przypadkach zmian w układzie krążenia, gdzie ciśnienie już uległo spadkowi. Z tych samych względów należałoby badać ciśnienie przed zastosowaniem drugiego wlewania, gdyż, jak z naszych doświadczeń wynika, spadek ciśnienia może się utrzymywać przez czas dłuższy.

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego (Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

Doświadczenia kliniczne z salwarsanem.

(Na podstawie dwuletnich spostrzeżeń).

Podał

Dr Z. Wachtel

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Dla ilustracyi opiszę jeden przypadek typowej chloranemii, w którym stosowano salwarsan śródżylnie, a równocześnie podawano żelazo wewnętrznie.

L. Dz. 474. L. t. 28. 9. D., l. 8. zgłosiła się do tutejszej kliniki dnia 14. VI. 1912 z powodu ogólnego osłabienia, braku łaknienia i bicia serca.

Rozpoznanie kliniczne: Chloranaemia.

Narządy wewnętrzne prócz szmeru skurczowego nad końcem serca bez zmian; nad żyłami szyjnemi wyraźne buczenie. Ciepłota ciała dochodziła wieczorami do 37·9°. Mocz jasny o c. g. 1,018, bez białka i cukru. Badanie żołądka wykazało zupełny brak wolnego kwasu solnego po śniadaniu próbnem (achylia gastrica). Badanie stolca nie wykryło niczego nieprawidłowego.

Badanie cytologiczne krwi zaraz po zgłoszeniu się do kliniki: Krew w całości bardziej wodnista, ilość krwinek białych 5,000, ilość krwinek czerwonych 2,509,000, Hb 30% (Sahli), wskaźnik Hb 0·57. W krwi barwionej prócz nielicznych mikrocytów nie znaleziono nic nieprawidłowego.

Wobec tego, że po podawaniu żelaza wewnętrznie nie zauważono żadnej poprawy, wstrzyknięto śródżylnie salwarsan w ilości 0·40. Przy równoczesnem podawaniu żelaza wewnętrznie po wstrzyknięciu stan chorej zupełnie się nie zmienił. Ciepłota ciała, która przed wstrzyknięciem wieczorami była podwyższona, utrzymywała się nadal w tych samych granicach.

W osiem dni po wstrzyknięciu badana krew przedstawiała się już nieco inaczej. Ilość krwinek czerwonych 3000, ilość krwinek białych 5,000, Hb 33%. We krwi barwionej stosunki zupełnie podobne, jak przed wstrzyknięciem. Ponieważ już w tak krótkim czasie po wstrzyknięciu nastąpiła pewna poprawa tak w obrazie krwi, jakoteż w ogólnym stanie chorej, wstrzyknięto po 12 dniach po raz drugi 0·5 salwarsanu śródżylnie. W godzinę po wstrzyknięciu wystąpiły silne dreszcze, połączone z wzniesieniem ciepłoty, dochodzącem do 38·6°; podmiotowych dolegliwości żadnych chora nie miała. Po 24 godzinach ciepłota ciała spadła na 36·4°. Od tego czasu ciepłota ciała nie przekraczała nigdy granicy prawidłowej, chora czuła się lepiej, osłabienie ogólne zaczęło ustępować, a krew w 10 dni po wstrzyknięciu przedstawiała się następująco: Wodnistość krwi znacznie mniejsza. Ilość krwinek białych 6·400, krwinek czerwonych 3,640.000, Hb 68%; w krwi barwionej zauważono względne powiększenie tak limfocytów małych, jakoteż i dużych.

Stan chorej wogóle się poprawił, szmer nad końcem serca słabiej słyszalny, buczenie nad żyłami ustąpiło. Chorej przybyło 2 klg ciężaru.

W tym przypadku można było zauważyć, że równocześnie ze zmniejszeniem się wodnistości krwi ustąpił szmer nad końcem serca i buczenie nad żyłami szyjnemi. Zgadzałoby się to z teoryą Botkina i Manuchina, którzy buczenie nad żyłami i szmer w sercu u niedokrwistych tłómaczą zwiększoną szybkością prądu krwi. Zwiększoną szybkość prądu odnoszą oni w blednicy do większej wodnistości krwi, która sprawia, że krew mniej przylega do ścian naczyń, wskutek czego prąd krwi jest znacznie szybszy, niż we krwi prawidłowej. W tym przypadku było widoczne skombinowane działanie żelaza z arsenem, który podawano w postaci salwarsanu. Żelazo wywoływało szybki przyrost hemoglobiny w ciałkach czerwonych, a arsen działał na odrodzenie się ciałek czerwonych.

Że żelazo nie zawsze w blednicy działa i sprawia często dolegliwości żołądkowe, można temu przypisać, że w blednicy i w ogóle w niedokrwistościach czasami jest bardzo mało lub zupełnie brak wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym, a żelazo rozpuszcza się w żołądku tylko w obecności kwasu solnego. Dlatego też w takich przypadkach podawano w klinice krakowskiej kilka razy dziennie rozcieńczony kwas solny, który usuwał dolegliwości żołądkowe i może przyspieszał rozpuszczenie się żelaza w żołądku.

Prócz tych przypadków niedokrwistości, gdzie nie można było znaleść przyczyny, stosowano salwarsan w kilkunastu (16) przypadkach o znanej przyczynie, t. j. w niedokrwistościach następowych przy długotrwałej zimnicy i w niedokrwistościach na tle kiłowem.

W niedokrwistościach kiłowych salwarsan zawsze działał korzystnie na przyrost hemoglobiny, na przyrost ciałek czerwonych, jakoteż na ogólną przemianę materyi.

Jeden przypadek, gdzie salwarsan zadziałał korzystnie na ogólny obraz choroby przy niedokrwistości na tle chery zimniczej, opiszę ze względu na dość szczególny przebieg.

L. Dz. 426. L. ł. 9. J. M., l. 19, robotnik z Zagłębia dąbrowskiego. Rozpoznanie kliniczne: Anaemia gravis consecutiva malarica.

Wywiady z dnia 24. V. 1912: Według podania chorego obecna choroba miała się rozpocząć w czerwcu ubiegłego roku. Chory miał wówczas co drugi dzień wieczorem mieć podwyższoną ciepłotę ciała, poprzedzoną zawsze silnymi dreszczami. Już poprzednio przed tą chorobą miał być dość blady, a bladość ta miała się podczas choroby jeszcze zwiększyć. Po kilku tygodniach prócz dreszczy i podniesienia ciepłoty przyłączyła się jeszcze biegunka z bolesnem parciem na stolec (5 do 6 stolców dziennie) tak, że chory był z tego powodu bardzo osłabiony i z małemi przerwami prawie cały rok przeleżał w łóżku. W zimie miewał też często dość obfite krwotoki z nosa.

Przypadłości podmiotowe i przedmiotowe po zgłoszeniu się do kliniki były następujące: Ogólne osłabienie bardzo znacznego stopnia, poty bardzo obfite, zwłaszcza w nocy, łaknienie upośledzone, pragnienie wzmożone, rano czasem nudności. Czasami nieznaczne pobolewanie w dolnej części brzucha. Co kilka dni wymioty na czczo, połączone z nudnościami (wymiociny składają się z płynu zielonkowatego ze znaczną ilością śluzu bez śladu spożytych potraw, o oddziaływaniu obojętnem).

Kościec dobrze zbudowany, mięśnie wiotkie, tkanka tłuszczowa zanikła. Tętno miarowe, przyspieszone, słabo napięte, 106 w minucie, liczba oddechów 22. Skóra wiotka, sucha, łatwo przesuwalna, blada z odcieniem żółtawym. Błony śluzowe widzialne blade; na przedniej części podniebienia rozległe wybroczyny. Nad żyłą szyjną prawą buczenie, tętnienie wyraźne po obu stronach szyi, silniejsze po stronie prawej. W narządzie oddechowym prócz krótszego odgłosu opukowego w prawym szczycie i tamże wdechu zaostrzonego pęcherzykowego, nie znaleziono nic nieprawidłowego. Samego uderzenia końca serca nie można dokładnie określić ani wzrokiem, ani wyczuwaniem, natomiast widać dość rozległe rozlane tętnienie w trzeciem i czwartem lewem międzyżebrzu na wewnątrz od linii sutkowej. Serce w prawidłowych granicach. Nad końcem serca dwa głuche tony, pierwszy z wyraźnym podmuchem, nad tętnicą główną dwa tony, drugi ton głuchy, nad tętnicą płucną drugi ton nieco zaznaczony. Tętnice na kończynach wązkie, miernie napięte, łatwo uciskalne. Brzuch w całości nieznacznie zapadnięty, powłoki miernie napięte, znaczniejszej bolesności uciskowej wykazać nie można. Wątroba powiększona (przy opukiwaniu), nie macalna, śledziona macalna pod lewym łukiem żebrowym, nieco twardsza. Żołądek w granicach prawidłowych, okolica kątnicy na silniejszy ucisk tkliwa, tamże można wyczuć przelewanie. Mocz jasnożółty, ciężar właściwy 1012, bez białka i cukru, kał o spoistości papkowatej, częściowo uformowany. Badanie co do krwi utajonej z wynikiem ujemnym. Prątków gruźliczych nie znaleziono.

Badanie krwi. Ilość krwinek białych 4,400, ilość krwinek czerwonych 1,210.000, Hb 28%, wskaźnik Hb 1·17. Krew wodnista, w całości bledsza, krzepliwość znacznie zmniejszona. W krwi świeżej dość liczne mikrocyty i poikilocyty, pojedyncze makrocyty. W krwi barwionej (w sześciu preparatach) jeden megaloblast, mikroblastów i monoblastów niema; krwinki białe %: limfocyty małe 15%, limfocyty duże 7%, ciałka przejściowe 2%, neutrofilne 69%, eozynochłonne 4½%, komórki tuczne (bazofilne) 1½%, komórki jednojądrzaste Ehrlicha 1%.

Biegunka po kilku dniach w klinice przy zastosowaniu odpowiedniej dyety ustąpiła, chory jednak nadal czuł się bardzo osłabiony, ciepłota ciała dochodziła wieczorem do 37·4°. Wobec tego, że stosowany przedtem w postaci wstrzykiwań podskórnych arsen jakoteż przetwory żelaziste zupełnie nie odnosiły skutku, wstrzyknięto śródżylnie 0·5 salwarsanu. W pół godziny po wstrzyknięciu pojawiły się dość znaczne dreszcze, następnie podniosła się ciepłota ciała do 38·4°. W godzinę po wstrzyknięciu dreszcze ustąpiły, natomiast podwyższenie ciepłoty, dochodzące do 38·1°, utrzymywało się jeszcze przez dobę. W 36 godzin po wstrzyknięciu chory nie miał żadnych dolegliwości, któreby można odnieść do salwarsanu. W pięć dni po wstrzyknięciu chory przedmiotowo czuł się znacznie lepiej i po kilku miesiącach pierwszy raz wstał z łóżka; łaknienie wróciło. W dziesięć dni po wstrzyknięciu badanie krwi dało wynik następujący: Ilość krwinek białych 5,600, ilość krwinek czerwonych 1,900·000, Hb 48%, wskaźnik Hb 1·33. W krwi świeżej krwinki czerwone zbijają się w rulony, wprawdzie nieco mniej, niż prawidłowo, prócz tego nieliczne poikilocyty i makrocyty; w krwi barwionej megaloblastów nie znaleziono, natomiast cztery normoblasty (w 3 preparatach). Ciałka białe %: limfocytów małych 26%, limfocytów dużych 7%, ciałek przejściowych 8%, neutrofilnych 52%, eozynochłonnych 12%. Obraz krwi po dziesięciu dniach przedstawiał się korzystniej o tyle, że % Hb znacznie się zwiększył; wprawdzie ilość krwinek czerwonych tylko nieznacznie się zwiększyła, ale wystąpienie normoblastów i eozynofilii miało znaczenie prognostyczne korzystne. Ogólny stan chorego również znacznie zmienił się na korzyść; chory czuł się znacznie mocniejszym, a wargi, przedtem blade, były już nieco różowe, język czysty. Dnia 20. VI. wstrzyknięto po raz drugi śródżylnie 0·4 gr salwarsanu. Po drugiem wstrzyknięciu nie było żadnego nieprawidłowego wzniesienia ciepłoty, chory czuł się zupełnie dobrze, zaczął coraz częściej wstawać z łóżka, dłuższy czas bez zmęczenia chodził; łaknienie wróciło do stanu prawidłowego.

Dnia 28. VI. wstrzyknięto choremu po raz trzeci 0·4 gr salwarsanu, poczem również nie zauważono żadnego odczynu w ustroju. Chory czuł się zupełnie zdrów i chciał opuścić klinikę. Przed wyjściem z kliniki zbadano krew przedstawiała się następująco: Ilość krwinek białych 6,200. ilość krwinek czerwonych 3,600.000, Hb 68%. We krwi prócz nielicznych mikrocytów i makrocytów nie znaleziono nic nieprawidłowego. Chory opuścił klinikę dnia 5. VII.

W przypadku powyższym rozpoznano niedokrwistość następową na tle zimniczem, opierając się w pewnej części na wywiadach i na macalnej, nieco powiększonej i twardszej śledzionie. Na podstawie obrazu krwi możnaby było wziąść całą sprawę za niedokrwistość złośliwą pierwotną, ale etyologia i cały przebieg chorobowy wskazywał na niedokrwistość następową, jaką zwykle spotyka się przy długotrwałej zimnicy. W przypadku tym działał salwarsan leczniczo, a równocześnie był też i środkiem rozpoznawczym, gdyż, jak już wyżej wspomniano, salwarsan w niedokrwistości złośliwej pierwotnej nigdy dotąd nie działał skutecznie.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr Bolesław Dębiński: **Dyagnostyka gruźlicy.** (Część I. Warszawa 1912. E. Wende).

Jak najwcześniejsze i jak najpewniejsze rozpoznanie gruźlicy jest tematem, który żywo zajmuje współczesnych

klinicystów, ze względu na niewątpliwą uleczalność choroby w pierwszych jej okresach. Toteż gromadzenie doświadczeń na polu rozpoznawania gruźlicy jest sprawą bardzo wielkiej doniosłości. A to jest właśnie przedmiotem pracy Dębińskiego, której część pierwsza wyszła świeżo z pod prasy, wydana przy współudziale kasy Mianowskiego i opatrzona wstępem znanego wybitnego znawcy gruźlicy Dra Alfreda Sokołowskiego. Praca ta powstała z wykładów w pracowni warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i zajmuje się metodami kliniczno-laboratoryjnemi. Składa się z trzech działów: W pierwszym omawia autor szczegółowo metody bakteryologiczne, a mianowicie sposoby badania laseczników gruźliczych w plwocinie, w płynach wysiękowych, we krwi, w moczu i w kale, omawia laseczniki gruźlicze rozmaitych typów (ludzki, bydlęcy, ptasi i t. d.) i sposoby ich różniczkowania, oraz laseczniki rzekomo-gruźlicze. W dziale drugim zajmuje się metodami cytologicznemi, cytologią wysięków i plwociny, badaniem krwi metodą Arnetha i metodami, opartemi na działaniu fermentów proteolitycznych. Trzeci dział obejmuje metody biologiczne, a mianowicie odczyn serodyagnostyczny, precypitacyi, wiązania dopełniacza, odczyn Calmettea z jadem okularnika, odczyn opsoninowy, metody oparte na zasadzie anafilaksyi, oraz odczyn białkowy i salicylowy w plwocinie.

Już z powyższego zestawienia widać, jak skrzętnie zebrane są wszystkie nowsze metody laboratoryjne. Autor nie poprzestaje jednak na wyjaśnieniu zasady i opisie każdej poszczególnej metody. Na podstawie własnego doświadczenia wybiera i poleca jedne metody, które sam wypróbował i ocenił jako wartościowe, a odrzuca inne, które albo nie prowadzą do ścisłych i pewnych wniosków, albo przez swoją zbyt trudną i skomplikowaną technikę tracą na praktycznej wartości. Jednem słowem spotykamy się na każdym kroku ze ścisłością wniosków autora, popartych rozległem doświadczeniem, które się przejawia w szerokiej mierze we wszystkich kierunkach opracowywanej dziedziny. Dodatek piśmiennictwa przy końcu każdego rozdziału ułatwia w znacznym stopniu czytelnikowi szczegółowe źródłowe pogłębienie i zajęcie się poszczególnemi metodami.

Pracę Dębińskiego zarówno ze względu na przedmiot, jak i sposób ujęcia, należy zdaniem mojem zaliczyć do najpożyteczniejszych wydawnictw bieżącej chwili. Sposób pisania i układ nie nuży, lecz pociąga, uczy i zachęca do pracy, oraz ułatwia ją w znacznym stopniu. Pracą tą autor chlubnie wypełnił lukę, istniejącą w tym kierunku w literaturze lekarskiej, i to w sposób wzorowy, ściśle rzeczowy i możliwie krytyczny i zwięzły, nie gubiąc się w szczegółach. Gorąco więc należy polecić tę pracę lekarzom, opierającym się o nowsze metody badań. Zwłaszcza w naszych szpitalach, o tak znacznym odsetku chorych na gruźlicę, w których oczywiście stosowanie na szeroką skalę wszystkich nowszych metod kliniczno-laboratoryjnych jest niezbędną koniecznością — wzorowego podręcznika Dębińskiego nigdzie nie powinno zabraknąć.

Dr M. Blassberg.

Mosse i Tugendreich: **Krankheit und sociale Lage**. Zeszyt III. Monachium 1913. J. F. Lehmann. (Cena 4 Mk., całego dzieła 20 Mk.).

Zawarte w tym zeszycie dzieła, z którego części początkowej zdawaliśmy sprawę w r. z.' (Str. 365, 654), cztery rozdziały dopełniają obrazu »etyologii socyalnej«, tak, że ostatni zeszyt, mający się ukazać na wiosnę, zawrze w sobie już tylko »terapię socyalną«. Z czterech rozdziałów, pomieszczonych w zeszycie III, jeden poświęcono wpływowi czynników socyalnych na choroby weneryczne. Rozdział ten napisał znany dermatolog prof. Blaschko wspólnie ze swym asystentem Fischerem. Jako długoletni kierownik Towarzystwa zwalczania chorób wenerycznych, jest Blaschko jednym z najlepszych znawców tego przedmiotu w Niemczech, toteż napisany przez niego rozdział daje wyczerpujący i jasny obraz rzeczy, przedstawiając kolejno statystykę chorób wenerycznych, wpływ wsi i miasta, gęstości zaludnienia, położenia materyalnego, przemysłowej pracy kobiet, dalej stosunki w armiach, wśród ludności robotniczej, następnie wpływ rozmaitych zawodów, w końcu znaczenie prostytucyi. — W następnym rozdziale rozpatruje Dr Reiche wpływ czynników społecznych na choroby zakaźne, w szczególności błonicę, płonicę, odrę, krztusiec, dur, nagminne zapalenie opon. — Gruźlicy poświęcono osobny rozdział, nadzwyczaj bogato objaśniony tabelami statystycznemi i graficznemi, a napisany przez prof. Mossego. Autor zebrał tu w formie nader treściwej olbrzymi materyał, grupując go w sposób następujący: częstość gruźlicy w materyale sekcyjnym i ocena danych, uzyskanych tą drogą; śmiertelność z gruźlicy na wsi, a w miastach; częstość gruźlicy w wieku dziecięcym; obniżanie się śmiertelności z gruźlicy i przyczyny tego zjawiska; znaczenie ruchu sanatoryalnego; gruźlica, a zamożność; gruźlica a mieszkanie; wpływ sposobu żywienia się i zawodu; wpływy klimatyczne; wpływy rasowe; wreszcie stosunek gruźlicy do alkoholizmu i ciąży. — Ostatni wreszcie rozdział, pióra prof. Willigera, traktuje o wpływie czynników społecznych na choroby zębów. — Obecnie wydane rozdziały nie ustępują poprzednim częściom dzieła. Z.

Th. Heryng. **Traité de laryngoscopie et de laryngologie operatoire et clinique.** Paris. Masson. 1912.

Gdy przed laty stało się wiadomem, iż Teodor Heryng, chluba polskiej laryngologii, pisze dzieło, by zdobyczami swej pracy podzielić się z ogółem, oczekiwano dzieła tego z radością, bo znając autora, jego pomysłowość i doświadczenie fachowe, wiedziano, iż nikt inny bardziej od niego nie jest powołany do wykonania tego zadania.

Pierwszy tom dzieła, obmyślanego na wielką skalę, ukazał się w języku polskim w roku 1905, obejmując sposoby badania i leczenia chorób krtani, tom drugi miał zawierać choroby nosa, jamy nosowo-gardłowej i gardła, a tom trzeci choroby krtani.

Pomysł autora, by jako osobną całość traktować sposoby badania i leczenia chorób krtani, okazuje oryginalność autora. W dziele Heryngа znaleźliśmy cenne wskazówki w stosowaniu sposobów badania, w wyborze postępowania leczniczego, oparte na bogatem doświadczeniu autora, idącego ciągle z postępem naprzód. Ze szczerą wdzięcznością przyjąwszy dzieło Heryngа, z dumą widzieliśmy następnie, jak dzieło to uzupełniane wyszło w wydaniu rosyjskiem, niemieckiem, a obecnie francuskiem. Zwłaszcza ostatnie wydanie francuskie jest prawie na nowo napisane, bo bogato uzupełnione zdobyczami ostatnich czasów i znacznie rozszerzone. Nauka o sposobach badania i leczenia tchawicy i oskrzeli, zrobiła olbrzymie postępy, dlatego też rozdział ten został przez autora znacznie rozszerzony. Brak tylko szczególnej wzmianki o leczeniu dychawicy oskrzelowej, w którem przez zastosowanie przyrządu, podanego przez Ephraima, stało się możliwe bez bronchoskopii stosowanie leczniczych środków wprost na błonę śluzową oskrzeli.

Laryngoskopia wieszadłowa, strobolaryngoskopia Kiliana w modyfikacyi Albrechta nie mogła być uwzględniona, gdyż dzieło znajdowało się już w druku.

Ponieważ badanie przełyku stało się obok bronchoskopii nierozerwalną częścią laryngologii, dlatego omawiając laryngoskopię, tracheoskopię i bronchoskopię, powinnoby się mojem zdaniem omawiać badanie pozakrtaniowej części gardła, tak zwaną hypofaryngoskopię, a z nią łączyć sposoby badania przełyku, ezofagoskopię. Prawdopodobnie autor tak hypofaryngoskopię, jak i ezofagoskopię postanowił omówić w innem miejscu, ale ze względu na ścisły nieraz związek między gardłem i krtanią, względnie przełykiem i tchawicą, uważałbym za odpowiedniejsze przedstawienie wspomnianych sposobów badania i leczenia już w pierwszym tomie dzieła. W ten sposób

rozszerzyłby się zakres tomu pierwszego na omówienie sposobów badania i leczenia krtani, tchawicy, oskrzeli, dolnego odcinka gardła i przełyku.

Już wyżej wspomniałem, iż wydanie francuskie nie jest tłómaczeniem wydania polskiego, późniejszego rosyjskiego, a nawet niemieckiego, gdyż zostało przez autora znacznie rozszerzone, wzrastając ze stron 380 polskiego wydania, na 523 stron wydania francuskiego. I tak obok znacznie rozszerzonego w części pierwszej (o sposobach badania), rozdziału o laryngoskopii, tracheoskopii i bronchoskopii (directa), przybyły w części drugiej, omawiającej sposoby lecznicze nieoperacyjne w rozdziale XVI uwagi bardzo cenne o wpływie higieny, dyetetyki i klimatu na błonę śluzową gardła, krtani i tchawicy. W rozdziale o przyrządach do wziewania wymieniłbym jeszcze sposób, podany przez Saengera, wziewania leków destylowanych na sucho w łaźni parowej wraz z parą.

Część trzecia, przedstawiająca zabiegi chirurgiczne wewnątrzkrtaniowe, uzupełniona została z wielką korzyścią dla dzieła omówieniem sposobów zewnątrzkrtaniowych. Wogóle w części tej dodał Heryng nowych dziewięć rozdziałów, między innemi ważny rozdział o postępowaniu leczniczem, względnie operacyjnem, w zaburzeniach głosu śpiewackiego. W części tej obszernie przedstawił też autor, pionier chirurgicznego wewnątrzkrtaniowego leczenia gruźlicy krtani, swoje bogate doświadczenie, z gorącą zachętą, by nie zostawiać bez pomocy tych pozornie straconych chorych. Z całą naszą sztuką chirurgii wewnątrzkrtaniowej powinniśmy spieszyć czynnie w odpowiednich przypadkach, nie pozostając jedynie przy leczeniu farmakologicznem w postaci wziewań, zaprószania proszków do krtani i leczenia wewnętrznego obok leczenia klimatycznego, a będziemy takie święcić tryumfy na tem polu, jak autor. Niezmordowaną pracą i krzewieniem chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani zabiegami wewnątrzkrtaniowymi, wzniósł sobie Heryng trwały pomnik w laryngologii.

W rozdziale pierwszym części trzeciej przedstawia autor znieczulanie przedłużone krtani sposobem Hoffmanna, zmienione przez Luca, które w dysfagii przy gruźlicy daje zachęcające wyniki. Obok stosowania anestezyny jako przetworu kojącego, wspomniałbym jeszcze o środku podobnie działającym, cykloformie Bayera, który przy dysfagii, zwłaszcza gruźliczej, zaprószony jako proszek podobnie jak anestezyna działa bardzo skutecznie. Mówiąc o leczeniu gruźlicy krtani nie pominąłbym, zresztą i w innych schorzeniach dróg oddechowych dzielnego działania leczniczego rezorcyny, jak w tym przypadku w postaci wziewań ciepłych roztworu jednoprocentowego.

Jak uzupełnienia w innych rozdziałach, względnie dodanie zupełnie nowych rozdziałów w części pierwszej i drugiej zwiększyły dzieło o czterdzieści stronic druku, to rozszerzenie trzeciej części nowymi rozdziałami, choć, jak rozdział XIII, już z zakresu patologii krtani, przysporzyło tej części dalszych stronic 72.

Część czwarta, obejmująca schorzenia krtani w przebiegu chorób ogólnych i zakaźnych na 62 stronicach druku, jest w wydaniu francuskiem zupełnie nowa, podobnie jak druga połowa części trzeciej. Częścią tą czwartą, omawiającą pewną grupę schorzeń krtani, należącą właściwie do patologii krtani, odbiega autor od pierwotnego założenia, omawiania tylko sposobów badania i leczenia. Niewątpliwie jednak z wielką korzyścią czyta się i tę część, złożoną z dziewięciu rozdziałów. Z upragnieniem też oczekujemy dalszych dwóch tomów cennego dzieła Herynga. Skromne uwagi moje pragnąłbym, by mogły być uwzględnione w wydaniu angielskiem, którego tak dla rozszerzenia wartości dzieła, jak i zwiększenia chluby imienia polskiego autora, szczerze pragniemy. Aleksander Baurowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Peterka. **Uśpienie chlorkiem etylu (kelenem).** (Beitr. z. klin. Chirurg. T. 81). P. zaleca gorąco uśpienie chlorkiem etylu. Nie potrzeba do tego maski, lecz na 4—8 płatków gazy daje się 2—5 cm³ kelenu, a gdyby jeszcze sen nie następował, dodaje się 2—3 cm³. Sposób ten nadaje się znakomicie do krótkich zabiegów; można go stosować i przy zaburzeniach krążenia, płuc i nerek. Zużywa się zwykle 1 gr. kelenu na minutę. Przebudzenie następuje szybko. Śmiertelność tego uśpienia wynosi 1:8414. Może jedyną tylko wadą tego uśpienia jest to, że kelen jest stosunkowo drogi. K.

Schütte. **O znieczuleniu lędźwiowem.** (Med. Klinik 1912, Nr 51). S. staje w obronie znieczulenia lędźwiowego. Nie trzeba zrażać się początkowemi niepowodzeniami. Im kto więcej dokonuje znieczuleń tym sposobem, tem ma wyniki lepsze. Jeżeli się zaś zważy, jakie korzyści przedstawia to znieczulenie, to wszelkie jego możliwe wady zejdą do minimum. Opieka nad chorym po operacyi staje się przez to znieczulenie wdzięczniejszą i łatwiejszą. W wielu przypadkach nie operuje się chorych z obawy samego uśpienia i tu znieczulenie lędźwiowe wprost umożliwia operacyę. Unikać należy znieczulenia lędźwiowego u osób nerwowych i u skłonnych do bólów głowy. W razie silnych bólów głowy po znieczuleniu należy wypuścić 10—20 gr. płynu mózgowego. Śmiertelność ogólna po operacyach przy znieczuleniu lędźwiowem jest o 1—2% mniejsza, niż przy uśpieniach, a także powikłania płucne są rzadsze. S. zaleca wyłącznie tropakokainę i zwraca uwagę, by wkłuwać igłę w sam środek worka oponowego. Po wstrzyknięciu poleca S. głowę chorego pochylać silnie ku przodowi. K.

Caan. **W sprawie leczenia nowotworów złośliwych substancyami promieniotwórczemi.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 1). Leczenie nowotworów, nie nadających się do operacyi, substancyami promieniotwórczemi postępuje ciągle naprzód. Jeszcze lepsze wyniki, niż przy radzie, osiąga się przy leczeniu thorem x i mesothorem. Im głębiej leży nowotwór, tem więcej musimy promienie filtrować (t. j. zatrzymywać miękkie α i β, a przepuszczać twarde β i γ), ale posiedzenie trwa przez to dłużej. Wprawdzie nie można mówić o wyleczeniach trwałych, jednakże osiąga się przez to leczenie nieraz znikanie gruczołów, gojenie się owrzodzeń i poprawę stanu ogólnego, co dla nieszczęśliwych chorych stanowi nieraz bardzo wiele. Thor wstrzykiwać można w roztworze soli kuchennej co 6—8 dni wprost w guz lub śródżylnie, odczyn bywa potem zwykle silny. Drobnowidowo spostrzega się już w 6—8 dni silny rozwój tkanki łącznej, rozdzielający ogniska nowotworowe. Zmiany w samych komórkach nowotworu występują później, dopiero w 2—3 tygodni. K.

Zembrzuski. **Kilka słów o obłoniaku.** (Now. lek. 1913, Nr 1). Obłoniak powstaje z t. zw. obłonków, to jest komórek warstwy, otaczającej śródbłonek naczynia. Mikroskopowo składa się obłoniak z naczyń włosowatych, otoczonych kilku warstwami komorek wielopostaciowych, przylegających ściśle do śródbłonka, bardzo rzadko oddzielonych od niego warstwą tkanki łącznej. Komórki te rozchodzą się promienisto lub tworzą pasma wzdłuż naczyń. Często spotyka się tu zmiany wsteczne i zwyrodnienia np. szkliste. Makroskopowo są obłoniaki bardzo podobne do mięsaków. Spotyka się postacie czyste lub mieszane np. z mięsakiem lub śródbłoniakiem. Przerzutów obłoniak nie daje, okolicznej tkanki nie niszczy, ale operacyjnie usunięty — powraca. Z własnej praktyki podaje autor 2 przypadki obłoniaka operowanego: 1) U dziecka 1-rocznego obłoniak w postaci torbieli, zawierającej treść płynną i masy rozpadłe, zajmował całą jamę brzuszną, a wychodził z otoczki

nerkowej. Komórki współśrodkowo około naczyń ułożone oddzielone słabą warstewką tkanki łącznej od śródbłonka. 2) U chłopca $1^1/_2$-rocznego guz gładki w skórze moszny, nie zrośnięty z nią, wychodził z prawego jądra, twardy, elastyczny, złożony ze zbitej masy komórek, tkanki łącznej i rozszerzonych drobnych naczyń. HS.

Strauss. **Dalszy przyczynek do chemoterapii zewnętrznej gruźlicy.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 50). Do leczenia zewnętrznej gruźlicy zaleca S. na podstawie badań Ehrlicha, Meissena i swoich, stosowanie przetworów miedzi i lecytynę i połączenia jodu z błękitem metylenowym. Stosuje się te środki w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych lub w postaci wcierań maści, sporządzonych na alkoholu bez tłuszczu. Jodowy błękit metylenowy podaje się wewnętrznie. Po wstrzykiwaniach odczyn bywa tem silniejszy, im sprawa jest ostrzejsza i im bliżej ogniska chorobowego się wstrzykuje. Miejscowe działanie miedzi jest nieraz bardzo wybitne. Zatruć nie spostrzegał S. wcale. Przy wstrzykiwaniach stosuje S. 2 razy na tydzień po 0,01 miedzi, przy wcieraniach 3—5 gr. maści (wstrzykiwania są bolesne). Maść smaruje się wprost na ognisko np. tocznia. Wyniki są podobno bardzo dobre. K.

Neuber. **Próby z Mesbé przy gruźlicy.** (Tow. chirurgów półn.-zach. Brema XII). »Mesbé«, jestto rozpuszczalny w wodzie wyciąg rośliny z gatunku malw. pochodzący z Ameryki. Polecają go jako środek przeciw gruźlicy. N. stosował go w gruźlicy chirurgicznej i z wyników jest zadowolony. Np. ropnie zimne N. otwiera, odkaża formaliną, napełnia 5% zawiesiną jodoformu i tamponuje gazą z mesbé. Przetoki gruźlicze goją się pod mesbé znacznie szybciej, niż zwykle. Badania bateryologiczne wykazują, że mesbé wstrzymuje rozwój bakteryi, a świnki morskie, zakażane mieszaniną prątków gruźliczych z mesbé, padały znacznie później, niż kontrolne. Dotychczasowe próby zachęcają do dalszych doświadczeń. K.

E. H. van Lier. **O wpływie mleczanu wapnia na krwotoki.** (Beitr. z. klin. Chir. LXXIX 1). Wright polecił swego czasu podawać chorym sole wapniowe celem pobudzenia krwi do krzepnięcia. L. na podstawie skrupulatnych badań dowodzi, że leczenie to wcale nie pobudza krwi do krzepnięcia, a nawet na 40 chorych u 16 wywarło ono skutek odwrotny, t. j. zwolnienie krzepliwości krwi. Co najwyżej możnaby próbować tego leczenia tam, gdzie ustrój traci dużo wapna, np. u ciężarnych i położnic. K.

Van Stockum. **Lecznicze działanie naświetlanej promieniami Röntgena śledziony u gruźliczych.** (Wien. klin. Woch. 1912, Nr 47). Na zasadzie doświadczeń na zwierzętach i następnych prób na ludziach poleca S. leczenie gruźlicy, zwłaszcza chirurgicznej, śledzioną, naświetlaną promieniami Röntgena, i to albo już w ustroju osobnika gruźliczego (przeszczepianie), lub też w postaci wyciągów, naświetlanych poza ustrojem. Zwłaszcza korzystne wyniki osiągał S. przy gruczołach gruźliczych, zajęciu otrzewnej, przydatków i w gruźlicy stawów. W gruźlicy płuc skutek również, jak twierdzi S., nieraz był widoczny. A.

Ewald. **Zwężenia przełyku.** (Mediz. Klinik. 1912, Nr 50). O ile rozpoznawanie cierpień przełyku dzięki ezofagoskopii i rentgenologii bardzo postąpiło naprzód, o tyle strona lecznicza pozostawia wiele jeszcze do życzenia, zwłaszcza przy cierpieniach złośliwych. Zwężenia przełyku powstać mogą przez bliznę, ciała obce, ucisk od zewnątrz, kurcz mięśni, sprawy zapalne, uchyłki, guzy i t. p. Najczęściej spotykamy jako przyczynę zwężeń nowotwory, a mianowicie raki płaskokomórkowe. Trudność w przechodzeniu pokarmów rozwija się zwolna, aż zwykle nagle drożność zostaje zupełnie wstrzymana i chorzy wtedy dopiero zjawiają się u lekarza. Ewald najchętniej bada przełyk zgłębnikami metalowymi elastycznymi. Zwężenie najczęściej znajduje się na 30—36 cm głęboko, t. j. w $^1/_3$ dolnej części przełyku. Niekiedy, jeżeli w obrębie zwężenia światło biegnie spiralnie, to nawet najcieńszy zgłębnik nie przechodzi przez zwężenie, chociaż płyny mogą się przez nie przedostawać. Rak przełyku tworzy przerzuty dość rzadko, bo w $50—60\%$, natomiast często przechodzi na otoczenie lub przebija do śródpiersia, opłucnej, osierdzia i t. p. Lecznicze wyniki są dotąd niepomyślne i jeszcze najprędzej stosowne używanie zgłębników może czasem sprawić chwilową ulgę. Gastrostomia zwykle niewiele pomaga, a nieraz następuje po niej pogorszenie. Wycinanie przełyku jest dopiero w okresie prób, a leczenie radem niewiele skutkuje. Jako jedyne zadanie pozostaje nieraz tylko odżywianie sztuczne, narkotyki i podtrzymywanie sił chorego. A.

Ciechomski. **W sprawie rentgenologii żołądka.** (Gaz. lek. 1913. Nr 1). Dla odróżnienia w rentgenogramie zwężeń żołądka kurczowych na tle czysto nerwowem (neurastenia, histerya, wiąd) od zwężenia stałego organicznego wskutek zmian w samej ścianie żołądka, a więc wrzodów okrągłych i blizn po nich pozostałych, podaje autor schemat różniczkowy: 1) Kontury żołądka klepsydrowatego są przy zwężeniu kurczowem więcej zaokrąglone, a przy organicznem ostre. 2) Brak uchyłka Haudecka na krzywiźnie małej przy kurczowem zwężeniu, a niezawodna jego obecność przy wrzodach i bliznach. 3) Brak rozszerzenia żołądka przy zwężeniu kurczowem. 4) Światło zwężenia kurczowego jest zmienne, a organicznego stałe. 5) Zmienność konturów żołądka wobec szeregu po sobie następujących zdjęć przy kurczowem, a stałość konturów przy organicznem zwężeniu. HS.

Grussendorf. **O doświadczeniach ze szwem pęcherza po cięciu wysokiem u dzieci.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 51). Autor, naczelny lekarz niemieckiego szpitala w Jerozolimie, rozporządza dość dużym materyałem kamicy pęcherzowej u dzieci, bo od r. 1904 operował 40 dzieci poniżej lat 10. Na mocy tego doświadczenia przestrzega G. przed szyciem każdej rany w pęcherzu po cięciu wysokiem. Unikać należy mianowicie szwu przedewszystkiem w przypadkach t. zw. drażliwego pęcherza, cechującego się przed operacyą silnem parciem na mocz mimo zachowania spokoju w łóżku. Dalej nie należy szyć u dzieci pęcherza, gdy towarzyszy kamicy silne zakażenie pęcherza i nerek. Szew jest przeciwwskazany także u dzieci wynędzniałych, niedokrwistych, bo wtedy zakażenie łatwo zaraz po operacyi wystąpić może, wreszcie nie należy szyć pęcherza, gdy ściany jego są bliznowate i t. p. Pęcherz nie szyty goi się także dobrze, a gojenie to trwa około 45 dni. G. używa tylko szwu kapciuchowego, ubezpieczając go jeszcze szwami surowiczymi. Jeżeli po operacyi wystąpią groźne przypady, należy zaraz cały szew rozpuścić. K.

Graf. **Wodniak jądra a uraz.** (III międzynar. Zjazd ubezp. od wypadków. Düsseldorf). Wojskowa statystyka wodniaka jądra poucza, że niemal w $42{\cdot}2\%$ ma choroba ta tło urazowe. Uraz ma wpływ nietylko co do pogarszania się cierpienia istniejącego lub będącego w zawiązku, ale bardzo często spostrzega się po urazie szybkie tworzenie się wodniaka koło jądra zupełnie przedtem prawidłowego. Zwykle taki wodniak urazowy rozwija się szybko, bo w ciągu tygodnia. O wiele częściej spotyka się go po stronie prawej. Spostrzegano także tworzenie się wodniaków pod wpływem urazów pośrednich, np. dźwigania ciężarów i t. p. Zmiażdżenie jądra rzadko wywołuje wodniaki, częściej zaś powstają one po urazach słabszych (np. forsownej jeździe konnej). Należy przyjąć urazowe pochodzenie wodniaka jądra, jeżeli po urazie chory skarży się na ból jądra, a wodniak wytworzy się do 3 tygodni po wypadku. Natomiast wodniak, któremu towarzyszy przepuklina, żylaki splotu nasiennego lub stulejka, lub też wodniak obustronny prawie zawsze ma tło nie urazowe. A.

Müller. **O nowszych zasadach leczenia ropowic palców, zwłaszcza pochewek ścięgnistych.** (Tow. lek. Rostock X. 1912). W leczeniu ropowic palców i dłoni popełnia się liczne błędy. Przedewszystkiem leczy się je za długo zachowawczo, a nacina dopiero wtedy, gdy rop

już stwierdza się wyraźnie, a wtedy niestety już i ścięgna ulegają obumarciu. Nacięcia robi się za małe, a nieraz za płytkie. Zwłaszcza zgubnie odbija się to na t. zw. V ropowicy, t. j. obejmującej wielki palec i mały palec. Natomiast ropienia palców II—IV przebiegają zwykle łagodniej, bo pochewki ścięgniste nie komunikują bezpośrednio ze sobą. L. podaje następujące zasady: Ropowicę dłoni i palców powinno się przecinać jak najwcześniej i to nie ambulatoryjnie, lecz w zakładzie leczniczym w uśpieniu z asystą i przy sztucznem niedokrwieniu, celem dokładnej oryentacyi. Cięcia powinny być głębokie i dostatecznie długie, w razie potrzeby wzdłuż całego ścięgna. Leczenie zastoiną może być stosowane tylko po odpowiednich nacięciach. Niezłe usługi oddają cięcia, podane przez Klappa, oszczędzające naczynia, nerwy, a prowadzone z boku palców w kierunku stycznym. Chronią one także od zrastania się ścięgna ze skórą.

K.

Magnus. **Nowsze zapatrywania na leczenie złamań kości.** (Medizin. Klinik. 1913, Nr 1—2). M. podaje dokładny pogląd na obecne sposoby leczenia złamań, które biorą w rachubę nietylko anatomiczne, lecz i czynnościowe wyleczenie. Wyciąg zwykły uzupełniony został różnymi pomysłami, jak szynami, wyciąganiem w położeniu zgiętem Zuppingera i wyciągiem gwoździowym (Codivilla-Steinmann). Leczenie krwawe złamań znajduje zastosowanie przy złamaniach rzepki, wyrostka łokciowego, przy złamaniach przystawowych, dalej przy złamaniach spiralnych przedramienia i t. p. Trzeci sposób leczenia złamań, t. zw. leczenie czynnościowe, znajduje zastosowanie głównie przy złamaniach kości promieniowej, a polega na stosowaniu od pierwszej chwili miesienia ew. ruchów.

Złamania kręgosłupa leczymy wyciągiem (10 tygodni), ew. w wieszadle Rauchfussa, po 13 tygodniach pozwalamy chorym wstawać w odpowiednim opatrunku lub gorsecie, który nosić trzeba do roku. Przy złamaniach obojczyka stosuje się i obecnie nadal opatrunki Sayrea, Velpeau i Desaulta. Złamania ramienia wymagają szyn, lub też wyciągu. Przy złamaniach główki stosuje się szyny, wyciąg, leczenie »czynnościowe« (np. u ludzi starych) lub operacyę. Złamania przyłokciowe ramienia wymagają nieraz operacyi, podobnie złamania łokcia. Tu nieraz jednak racyonalny wyciąg zdziałać może bardzo wiele. Złamania kości przedramienia leczy się zwykle opatrunkiem gipsowym, zakładając go aż powyżej łokcia, a następnie zgniatając go na płasko, by utrzymać kości oddalone od siebie. Po 8 dniach zaczyna się leczenie miesieniem z ruchami. Złamania typowe kości sprychowej leczy się obecnie przeważnie na szynach czynnościowo. Na kończynach dolnych przeważnie leczymy wyciągami, podobnie przy złamaniach miednicy wyciągamy kończynę, jeżeli połowa miednicy ma skłonność do przesuwania się ku górze. Przy złamaniach kości biodrowej trzeba kończynę przy wyciągu skręcać na wewnątrz. Wyciąg trwa tu 3—4 tygodni. Złamania szyjki kości udowej leczą wyciągiem, śrubami lub operacyjnie. Nie należy chorym pozwalać wstawać przed kwartałem, a potem 9 miesięcy należy polecić nosić aparat. Przy złamaniach goleni można też stosować nieraz i zwykły gips, gdy wyciągu z jakichś powodów nie możemy zrobić (wyciąg 4 tygodnie, leżenie 6—8 tygodni). Tosamo odnosi się do złamania kostek. Co do obciążeń przy wyciągu, to przy złamaniach uda stosujemy około 25 kg., przy złamaniach goleni 15 kg., przy złamaniach kostek 10 kg. Leczenie złamań powikłanych odbywać się może zupełnie dobrze w wyciągu lub opatrunku gipsowym z oknem.

Klęsk.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenia naukowe lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 13. XII. 1912.

Przewodniczy dyrektor Dr Krzyszkowskl. Obecnych 29.

1) Dr Korabczyńska wygłosiła referat: **Rak żołądka w obrazie radiologicznym.**

Zdjęcie radiologiczne żołądka, wypełnionego papką bizmutową (obiad Riedera), daje obraz odlewu jego wnętrza. Wszystkie zmiany w ścianie, sprowadzające jej zgrubienie na większej lub mniejszej przestrzeni, pomniejszają w miejscach swej siedziby światło żołądka, co przy badaniu radiologicznem występuje jako ubytek. Jednak guzy duże odźwiernika, które wywołały znaczne rozszerzenie żołądka, niezawsze dają wyraźny ubytek skutkiem niedokładnego wypełnienia żołądka papką (Groedel) i z tego powodu mogą być łatwo przeoczone (Schmieden, Härtl). Możnaby to tłomaczyć raczej w ten sposób, że ponad papką bizmutową unosi się lżejsza od niej treść żołądkowa, która w tych przypadkach zwykle jest obecna, i gdy obiad wypełni tylko dolną część zaznaczonego żołądka, to właśnie rzadsza część całej zawartości żołądka graniczy z guzem, nie stanowiąc dla niego kontrastu w obrazie rentgenologicznym. Holzknecht radzi robić zdjęcia w tych przypadkach przy ułożeniu badanego na boku prawym.

Radiologicznie można, jak w anatomii patologicznej, rozróżnić formy raka guzowate i rozlane, okrężnie się w ścianie rozwijające i nacieki, według kształtu ubytków i zachowania się konturów obrazu żołądka; stwierdza się dalej wielkość i siedzibę nowotworu prócz innych wtórnych zmian, przezeń wywołanych: zmiany w kształcie i pojemności żołądka, zmiany w ruchu robaczkowym i sprawności przemieszczania.

W części odźwiernikowej stwierdza się formy raków: 1) guzowate, 2) okrężne, zaciskające grubym wałem światło tej części żołądka, czasami aż do zupełnego jego zniesienia; najczęściej światło żołądka w tej części, objętej nowotworem, ma kształt wypustki, zwężającej się ku odźwiernikowi; 3) nacieki w ścianie rozległe płaskie, które prócz zwężenia światła żołądka dają obraz nieregularnych drobnych zagłębień konturów żołądka; obraz ten mógłby odpowiadać rakowi włóknistemu.

W trzonie (corpus) żołądka najczęściej zdarzają się formy raka okrężne; pozostawiają one czasem przy dużym rozroście wolne tylko dno i część odźwiernikową (antrum pylori). Cała część środkowa żołądka zajęta przez nowotwór przedstawia się radiologicznie w postaci wązkiego kanału. Kształt jego i kierunek może być różny; zależy od sposobu rozrastania się i powierzchni nowotworu, — mogą nawet być przerwy w ciągłości kanału. Są to żołądki klepsydrowate na tle złośliwem, których żadną inną metodą za życia stwierdzić nie można. Powstają przez rozrost nowotworu w dwu kierunkach, — w kierunku poprzecznym ku światłu i podłużnym wzdłuż ścian żołądka (Kretschner). Żołądek klepsydrowaty przy wrzodzie powstaje przez zaciągnięcie krzywizny wielkiej poziomo na małej przestrzeni, — stąd to przewężenie żołądka jest na bardzo krótkiej przestrzeni. Przy rozroście nowotworu okrężnym w prześwietlaniu strzałkowem stwierdza się zaciśnięcie kanału od obu krzywizn, przy prześwietlaniu bocznem od przedniej i tylnej krzywizny. Prócz tej zdarza się inna postać rozlana na większej przestrzeni, dająca wyjaśnienie z nieregularnie przebiegającymi smugami bizmutu, złożonego na wrębach w owrzodzeniach nowotworu.

Są to najczęstsze formy raka. Innych typowej formy guzowatej w trzonie lub rzadkich co do usadowienia w dnie

nie spotkano.—(Demonstracya odpowiednich obrazów wszystkich omawianych form).

W dyskusyi przemawiali Dr Kostecki, prof. Rutkowski, Dr Krzyszkowski i prelegentka.

2) Dr Wysocki i Dr Scharf przedstawili chorych z **guzami mózgu**.

3) Prof. Rutkowski demonstrował zebranym urządzenia oddziału chirurgicznego i chorych, omawiając poszczególne metody leczenia operacyjnego.

Sekretarze: Kosiński, Markowa.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17. XII. 1912.

1) St. Serkowski przedstawił szereg **pasorzytów**, mianowicie: czerwiochy (scolices) tasiemca eliptycznego (po raz drugi wykryte przez niego w kale dziecka), tasiemca zębatego (t. serrata), karłowatego (t. nana) i bąblowcowego (t. echinococcus), jakoteż preparaty drobnowidowe oraz duże fotografie tych pasorzytów. Przedstawił sposób badania włosieni (trichinae) zapomocą kompresorów, preparaty i fotografie włosieni wolnych z kału, otorbionych i zwapniałych w mięsie.

2) L. Paszkiewicz przedstawił preparat **martwicy tkanki tłuszczowej trzustki** i wypowiedział słów kilka w tej sprawie. Martwicę tkanki tłuszczowej trzustki (necrosis telae adiposae pancreatis) wraz z martwicą tkanki tłuszczowej w jamie otrzewnej jako jednostkę chorobową pierwszy wyodrębnił Balser w 1882 r. Mikroskopowo widzimy, że trzustka jest znacznie powiększona, soczysta, ciastowata, barwy szarawo-różowej; na tle tem spostrzegamy szaro-żółte matowe plamki, z których jedne są wielkości łebka od szpilki, drugie wielkości prosa, jedne okrągłe, inne o kształcie gwiazdy. Przyglądając się bliżej, widzimy, że zajmują one miejsce pomiędzy zrazikami trzustki w tkance tłuszczowej. Są to ogniska martwicze tkanki tłuszczowej. Takie same zmiany widzimy w torbie sieciowej (bursa omentalis), następnie w sieci, w krezce jelit grubych i cienkich. Spostrzegano je też w tkance tłuszczowej otrzewnej ściennej i w otoczce tłuszczowej nerek. Chiari, Bryant, Benda i i. widywali martwicę tkanki tłuszczowej w śródpiersiu, osierdziu i w tkance podskórnej. Histologicznie ogniska martwicze przedstawiają się w postaci mas prawie jednolitych, hematoksyliną barwiących się na fioletowo. Przy użyciu dużych powiększeń widać wyraźnie, że poszczególne duże ogniska składają się z szeregu mniejszych, występujących w postaci dość wyraźnie ograniczonej. Na obwodzie ognisk budowa tkanki tłuszczowej jest zupełnie zatarta; środek ognisk nie barwi się, znajdujemy w nim obficie kryształy kwasów tłuszczowych. Sudanem III. ogniska martwicze nie barwią się zupełnie, barwią się natomiast wybitnie na zielono zaprawą Weigerta. Jestto t. zw. odczyn Bendy, który uważa go za swoisty dla martwicy tkanki tłuszczowej. Sposób powstawania ognisk martwiczych wyjaśnił Langerhans, który dowiódł, że tłuszcz obojętny, jaki znajdujemy w ustrojach zwierzęcych, rozszczepia się na glicerynę i kwasy tłuszczowe; gliceryna, jako część płynna, ulega wessaniu, a na miejscu pozostają kwasy tłuszczowe; te zaś, łącząc się z wapnem ustrojowem, tworzą sole, które w preparatach drobnowidowych występują w postaci mas jednolitych. Martwica tkanki tłuszczowej nie ogranicza się do samej tej tkanki; zwykle w przylegającej do niej tkance gruczołowej (trzustki) znajdujemy martwicę zrazików. Nacieków zapalnych dookoła ognisk martwiczych prawie nigdy niema. Martwicę tkanki tłuszczowej uważano początkowo za cierpienie pierwotne. Balser upatrywał przyczynę w nadmiernem bujaniu tkanki tłuszczowej, ponieważ zmiany tego rodzaju znajdował u osobników otyłych. Chiari, naodwrót, znajdując je u osobników charłaczych, uważał za zwyrodnienie tkanki tłuszczowej. Ziegler na podstawie zmian w naczyniach (stwardnienia) uzależnia martwicę od zmian miejscowych w obiegu krwi. Wreszcie Ponfick i inni doszukiwali się wpływu bakteryi. Wszystkie te jednak przypuszczenia zawiodły. Badania i obserwacye kliniczne, jakoteż długi szereg doświadczeń na zwierzętach wykazały, że martwica tkanki tłuszczowej jest cierpieniem wtórnem, zależnem od działania na tkankę tłuszczową soku trzustki, wzgl. jego fermentu — lipazy (Flexner), która, by rozwinąć swą działalność, musi uledz aktywacyi (Eppinger). Obecnie nie ulega już wątpliwości, że zaburzenia w wydzielaniu soku trzustkowego, wzgl. schorzenia samej trzustki, odgrywają tu główną rolę; niewyjaśniony jest jeszcze dotychczas mechanizm działania i przedostawania się soku trzustkowego na zewnątrz gruczołu. Jako przyczyny, bezpośrednio wywołujące martwicę, podawane są: uraz zupełnie zdrowej trzustki, kamienie w przewodzie trzustkowym, zatkanie czopem śluzowym przewodu trzustkowego, kamienie żółciowe uwięzłe w uchyłku Vatera, zrosty w okolicy dwunastnicy, wywołujące ściągnięcie jej ku dołowi, wreszcie kwaśny nieżyt żołądka. Dość często obok martwicy tkanki tłuszczowej trzustki znajdujemy wylew krwawy w trzustce. W przypadku Sławińskiego właśnie taki wylew był w ogonie trzustki. Większość autorów uważa to obecnie za sprawę wtórną i oznacza nazwą martwicy krwotocznej. Co do powstawania odległych pojedynczych ognisk martwiczych w sieci, krezce i t. p., to podług Payra i Martina wytwarzają się one zwykle w okolicy żył wskutek przedostawania się komórek uszkodzonej trzustki do krwi i limfy; komórki te tworzą zatory, a znajdujący się w nich ferment rozwija na miejscu swą działalność i wywołuje na bardzo małej ograniczonej przestrzeni martwicę.

Sławiński podał przebieg kliniczny przypadku **ostrego krwotocznego zapalenia trzustki** (pancreatitis haemorrhagica acuta). 52-letni lekarz miewał oddawna zaburzenia jelitowe. 1. XI. r. b. po przejedzeniu się dostał silnego bólu w lewej połowie nadbrzusza z jednoczesnem zatrzymaniem stolca i wiatrów. Wobec coraz bardziej dojmującego bólu w lewem podżebrzu i wzdęcia brzucha chory rozpoznał u siebie skręt esicy i przyjechał nazajutrz, domagając się operacyi. Stwierdzono wówczas ciężki stan ogólny, lecz bezgorączkowy, sinicę głowy i kończyn, tętno nikłe, obok dominujących objawów niedrożności jelit i wzdęcia brzucha, ciągłych zwracań, stałego bólu w brzuchu oraz braku stolca. 2. XI. wieczorem Sł. dokonał operacyi, która wykryła, co następuje: W jamie brzusznej płyn surowiczo-krwawy; sieć wielka bardzo gruba i sztywna; jelito cienkie wzdęte, lecz nieznacznie i nierównomiernie (obok odcinków wzdętych leżą pętle nierozszerzone); kiszka gruba, żołądek, wyrostek robaczkowy i pęcherzyk żółciowy prawidłowe; w krezce okrężnicy poprzecznej wybroczyny, najrozleglejsze z lewej strony, gdzie wyczuwa się zarazem w głębi, poprzez krezkę, guz kulisty, wielkości śliwy, twardy, nieruchomy; nadto na otrzewnej krezki uwidoczniały się na sinem tle wybroczyn drobne jakby ziarenka, szarobiałe, wystające, twarde, wielkości łebka od szpilki i mniejsze, gęsto rozsypane; takież ziarna znajdowały się i w krezce jelita czczego, na kałdunkach esicy, na tylnej powierzchni sieci, lecz nie było ich widać na samych kiszkach. Na mocy tych danych rozpoznano wylew krwawy do ogona trzustki z następczą martwicą tkanki tłuszczowej i wobec ciężkiego stanu chorego postanowiono poprzestać na wprowadzeniu worka z gazy i tamponów oraz częściowo zaszyć powłoki. W kilka godzin po operacyi obfity stolec i wiatry, co jednak nie usunęło dotkliwego bolu w podżebrzu. Nazajutrz wybitna sinica głowy, kończyny chłodne, duszność, ból ciągły, tętno ginące i zgon w 40 godzin po operacyi.

3) Sławiński przedstawił chorego po dokonanej przed 2 tygodniami resekcyi kątnicy i części krętnicy z powodu **gruczolaka złośliwego kątnicy** (adenoma malignum

coeci). 50-letni mężczyzna od dłuższego czasu miewał bóle w brzuchu, nie umiejscowione ściśle i niezależne od jedzenia; wychudł i osłabł przy bardzo ścisłej dyecie. Przed kilku miesiącami spostrzeżono guz w okolicy pępka, lecz wówczas chory nie zgadzał się na operacyę. Badanie rentgenograficzne po wprowadzeniu kaszy bizmutowej wykryło przed kilku tygodniami zmiany konturu żołądka, określone przez lekarza-rentgenologa jako rak krzywizny większej żołądka (pokaz odbitek fotograficznych z wypisanem rozpoznaniem »carcinoma ventriculi«). Badanie kliniczne uwydatniło guz walcowaty, około 15 cm długi, położony poprzecznie ponad pępkiem i na lewo od niego, o niewyraźnych granicach, miękko-sprężysty, łatwo przesuwalny we wszystkich kierunkach i dający się ściągnąć aż do spojenia. Wobec braku wszelkich objawów żołądkowych oraz stwierdzonej nadkwaśności treści żołądkowej, rozpoznanie nasuwało wątpliwości pomimo danych rentgenograficznych. Operacyę wykonał S. w znieczuleniu miejscowem nowokainą ze względu na osłabienie chorego, i zastosował cięcie poprzeczne ponad pępkiem, poprowadzone na guz. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że żołądek nigdzie nie jest zmieniony, daje się łatwo wyłonić, również jak okrężnica poprzeczna, w której wyczuwa się guz; ściana okrężnicy poprzecznej zgrubiała, na błonie surowiczej zrosty błoniaste, unaczynione; wyczuwany poprzez ścianę guz daje się łatwo wypchnąć na prawo i na dół, i wtedy się uwydatnia, że jest to wgłobienie części krętnicy, kątnicy i okrężnicy wstępującej w poprzeczną (invaginatio ileo-coeco-colo-colica); w kątnicy wyczuwa się i uwidacznia guz twardy, obejmujący pierścieniem jej światło, przepuszczający jednak swobodnie palec (poprzez ścianę), wyrostek robaczkowy wciągnięty swą podstawą w guz. Po podwiązaniu krezki przecięto krętnicę i okrężnicę wstępującą, łącząc ich światła zespoleniem bocznem, guz usunięto; powłoki brzuszne zaszyto warstwami; zagojenie doraźne. W przeciągu 2 tygodni po operacyi choremu przybyło 10 funtów, dawne dolegliwości znikły.

S. przedstawia ten przypadek, 1) jako przykład błędnego rozpoznania rentgenicznego (nie jest to zresztą przykład oderwany; S. operował niedawno zropiałego bąblowca wątroby, gdzie kilkakrotne badanie rentgeniczne wykrywało obrazy, jakoby typowe dla raka odźwiernika); 2) w celu poglądowego przedstawienia zalet cięć poprzecznych brzucha oraz operowania bez usypiania: chory nie wymiotował, mógł odżywiać się odrazu, a blizna pooperacyjna nie wypukla się wcale.

Badanie anatomo-patologiczne (L. Paszkiewicz) wykryło gruczolaka złośliwego kątnicy, na niewielkiej przestrzeni pierścieniowato ją obejmującego; na śluzówce rozległe, lecz płytkie owrzodzenia.

4) Sławiński: **O ostrem ograniczonem zapaleniu kiszki grubej** (colitis acuta circumscripta). Wykład swój S. oparł na podstawie dwu przypadków, dotyczących młodych kobiet, 16 i 17-letniej. U jednej i u drugiej powstał nagle guz w prawej połowie brzucha — rozpoznany raz jako skręcona torbiel jajnika, drugi jako zapalenie wyrostka robaczkowego, — z gorączką i bólem. Guzy owe zmniejszały się stopniowo, przy ciągłym jednak stanie podgorączkowym. Operacya, podjęta już »na zimno«, wykryła rozrosty błoniaste, unaczynione, na błonie surowiczej okrężnicy — w jednym przypadku na wstępującej, w drugim na poprzecznej, przy zupełnie niezmienionych wyrostkach robaczkowych oraz innych narządach jamy brzusznej. W piśmiennictwie istnieją opisy podobnych przypadków, operowanych w okresach początkowych, i na ich podstawie można odtworzyć obraz danej sprawy. Ściana okrężnicy przedstawia ostry stan zapalny; na śluzówce wyciętej do zbadania kiszki uwydatniały się niekiedy nadżarcia i owrzodzenia bez wszelkich cech spraw zapalnych swoistych, a nawet i przedziurawienia. Sprawa sadowi się najczęściej w kątnicy, wyrostek zaś robaczkowy może podlegać jednocześnie takim samym zmianom, lub też bywa zupełnie prawidłowy; jest to zatem nieuznawane dotychczas ostre zapalenie pierwotne kątnicy (typhlitis primaria acuta). Z klinicznych opisów wynika, że podlegają tej sprawie przeważnie osoby młode i dzieci i że rozpoznawana ona bywa najczęściej jako zapalenie wyrostka. Istota cierpienia jest jeszcze nieznana. Okoliczność, że zdarza się ono przeważnie u osób młodych, których tkanka limfatyczna szczególnie jest wrażliwa, oraz że sadowi się właśnie tam, gdzie tej tkanki jest najwięcej, nasuwa przypuszczenie o specyalnej jej roli w tej sprawie. T. Borzęcki.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Dr Karpińska (Kraków) zdaje sprawę ze swych doświadczeń, robionych z podnietami tak zw. wyższemi kojarzeniowemi, gdyż chodziło o stwierdzenie znaczenia wychyleń galwanicznych, jako cechy kompleksowej przy skojarzeniach. Doświadczenia, wykonane przy użyciu różnych galwanometrów (Pletta, Deprez-d'Arsonvala, Einthowena i t. d.) dały ogólne wyniki jednakowo dodatnie, a mianowicie, że wychylenia galwanometru zależą od czynnika wzruszeniowego.

Dr Zylberlastówna (Warszawa) podaje wyniki badań, przeprowadzonych na szeregu chorych umysłowych. Badania te miały na celu rozstrzygnięcie pytania, czy dla rozmaitych grup chorobowych odchylenia galwanometru są charakterystyczne. Patognomiczną okazała się reakcya psychoelektryczna dla porażenia postępowego.

W dyskusyi Prof. Dr Cybulski zaznacza, że sam fakt zależności zmian somatycznych od stanów psychicznych jest znany już oddawna. Co się zaś tyczy stałości występowania zmian prądu przy pewnych wrażeniach, to zależą one, jak sądzi mówca, od zwiększonego ucisku rąk na elektrody, wywołanego chwilowem zahamowaniem stanu tonicznego mięśni, oraz od zmian polaryzacyjnych na elektrodach; dlatego też otrzymuje się tylko wzrost prądu, nigdy natomiast nie spostrzegano jego zmniejszania się.

Prof. Dr Heinrich zwraca uwagę, że metoda ta jest zbyt ciasną, aby mogła stać się środkiem do dokładnego analizowania zjawisk psychicznych lub nawet odpowiedników, w psychice istniejących dla zjawisk fizyologicznych.

Dr Zylberlastówna podaje w wątpliwość przypuszczenie, jakoby w zjawiskach psychoelektrycznych zmiany napięcia mięśni grały rolę rozstrzygającą, gdyż czas utajony reakcyi psychoelektrycznej, dochodzący do 15'', nie może zależeć od prądu inerwacyjnego mięśni.

Dr Chłapowski przypuszcza, że każdy akt woli połączony jest z ruchem mięśni, które to ruchy mogą wpływać na wychylanie się galwanometru.

Dr Rydel sądzi, że wychylenia galwanometru zależą nawet przy wyobrażeniu sobie pewnych zjawisk od ruchów mięśniowych, których wynikiem jest zmiana siły prądu. Rozstrzygającą byłaby zgodność wyników, otrzymanych w doświadczeniu psychoelektrycznem i asocyacyjnem; tak jednak nie jest.

Prof. Dr Heinrich przypomina, że odczyny ruchowe towarzyszą wszelkim wyobrażeniom.

Dr Mikulski sądzi, że w przypadkach osłupienia (stupor) katatonicznego ta metoda badania byłaby najścislejszą dla stwierdzenia obecności wzruszenia, jako odczynu na bodźce zewnętrzne.

Dr Nunberg rozpatruje kryterya, dozwalające stwierdzić, że galwanometr jest wskaźnikiem afektu. Do nich należą: doświadczenie kojarzeniowe, zmiany w oddychaniu i introspekcya. Niewątpliwie mają pewne znaczenie i ruchy mimowolne, co wykazały doświadczenia z aparatem Sommera.

Doc. Dr Radecki przypomina, że zjawiska psychoelektryczne występują stale podczas użycia elektrod płynnych (ucisk?) oraz apolaryzacyjnych (polaryzacya?). Stały wzrost prądu zależy od wzmagania się przewodnictwa ciała, dzięki niektórym objawom somatycznym stałym przy wszystkich wzruszeniach. Metoda ta temsamem ujawnia wzruszenie jedynie ilościowe i jako taka znajduje zastosowanie w psychologii. Przypadkowa niezgodność doświadczenia asocyacyjnego z galwanometrycznem może w rzadkich przypadkach, gdzie się zjawia, zależeć od czynników wtór-

nych. W końcu prelegent streszcza te punkty przemówień poprzednich, w których mówcy uznali za wskazane stosowanie metody.

Tematem V posiedzenia Zjazdu była **sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatryi**.

Wykład pierwszy wygłosił doc. Dr Hornowski (Lwów). Wykład dotyczył danych z anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, mających związek z chorobami nerwowemi i umysłowemi. Związek ten, na który wskazują liczne spostrzeżenia kliniczne i wyniki lecznicze, jako też niedokładna znajomość anatomopatologicznych zmian i stosunków, skłoniły prelegenta do omówienia pokrótce budowy każdego gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu w stanie prawidłowym i patologicznym. Na podstawie tych danych prelegent wykazuje, jakie elementy i komórki gruczołowe należy uważać za czynne, kiedy należy mówić o zwiększonej lub zmniejszonej czynności danego gruczołu, wreszcie objaśnia zmiany histologiczne w gruczołach, spotykane przy różnych chorobach nerwowych i umysłowych. Wykład dopełnia szereg rysunków, barwnych tablic, preparatów makroskopowych i mikroskopowych z zakresu schorzeń szyszynki, przysadki mózgowej, grasicy, gruczołów przytarczycznych, tarczycy i nadnerczy.

Prof. Dr Popielski (Lwów) omawia następnie sprawę wydzielania wewnętrznego, opierając się na licznych własnych doświadczeniach, i dochodzi do wniosków następujących: Teorya hormonów niema żadnego uzasadnienia, gdyż w wyciągach różnych narządów nie spotykamy ciał swoistych dla każdego z nich, ale ciała znajdujące się we wszystkich narządach; są to wazodylatyna i wazohypertenzyna. Adrenalina, obecna w wyciągach z nadnerczy, we krwi się nie znajduje, jakby to być powinno, gdyby była ona wydzieliną nadnerczy. Tarczyca, podawana chorym z hypofunkcyą tego gruczołu, działa skutecznie bynajmniej nie dzięki swej wydzielinie, gdyż działają w takich przypadkach dobrze i inne ciała, jak tyreoidyna, jodtyreoglobulina; jednak ta ostatnia przestaje działać, jeżeli pozbawimy ją jodu. Wycięcie grasicy, przysadki mózgowej i tarczycy dają prawie te same objawy; wycięcie szyszynki nie daje żadnych zmian. Wydzieliny wszystkich narządów, dostając się do krwi, stwarzają warunki dla prawidłowych czynności całego ustroju, nie wywierając żadnego swoistego wpływu na jakikolwiek inny narząd.

Doc. Dr Orzechowski (Lwów) mówił o związku chorób nerwowych z wewnętrznem wydzielaniem. W badaniach swych posługiwał się nową metodyką. Pewna swoista konstytucya osobników jest wyrazem swoistego układu sił funkcyonalnych w systemie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Kombinacye chorób nerwowych z chorobami wydzielania wewnętrznego i innemi, których tło gruczołowe jest prawdopodobne, badania zachowania się wobec jadów wybiórczych, ścisłe badania krążenia, uprawniają do wyciągnięcia określonych wniosków. Tak np. myotonię i myastenię uważać należy za schorzenie wielogruczołowe, w przeciwieństwie do chorób: Basedowa, Addissona i tężyczki, które są jednogruczołowemi. Wreszcie podał prelegent cały szereg chorób nerwowych, należących do jednej z wyżej wymienionych grup.

W dyskusyi zabierali głos:

Dr Pański, który zapytuje, jaką rolę gra przysadka mózgowa w powstawaniu choroby cukrowej, jeżeli w przysadce są obecne tylko komórki chromofobne? Jaka jest rola komórek eozynochłonnych w przysadce, jeżeli powiększenie się ich liczby spotyka się i przy akromegalii i u normalnych ludzi? Od czego zależy powiększenie przysadki w czasie ciąży? Ponieważ powiększenie gruczołu niezawsze jest wyrazem hyperfunkcyi, przeto nie może być ono wskazaniem do operacyi.

Dr Rosenthal uważa za pytanie zasadnicze, czy zwiększoną ilość ziarnistości lipoidalnej w protoplazmie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu można uważać za bezwzględne kryteryum hyperfunkcyi.

Dr Flatau zaznacza, że droga, którą poszedł w swych badaniach Dr Orzechowski, a której dał początek Lundborg, może być z czasem bardzo płodna w wyniki. Dalej, stojąc na stanowisku ściśle klinicznem, rozważa wpływ leczniczy gruczołów wewnątrzwydzielniczych, który niewątpliwie został stwierdzony i sądzi, że jedynie drogą dalszych eksperymentów da się stworzyć taką teoryę wydzielania wewnętrznego, która obejmie wszystkie sprzeczne z obecnemi hypotezami fakty, których klinika dostarczy coraz więcej.

Prof. Dr Cybulski jest zdania, że sprawa wewnętrznego wydzielania specyalnych gruczołów jest według dzisiejszego stanu nauki tylko szczególnym przypadkiem innego, obszerniejszego zjawiska, a mianowicie zjawiska korelacyi narządów, i to nie na drodze nerwowej, ale za pośrednictwem tych produktów, które w czynności różnych narządów biorą swój początek. Ustrój stanowi całość wysoce zorganizowaną. Jakiekolwiek są zapatrywania na czynności nadnerczy, nikt nie zaprzeczy temu, że substancye, które w nich powstają, są niezbędne dla prawidłowej czynności narządu nerwomięsnego, a także serca i oddychania. Według mowcy, doświadczenia Prof. Popielskiego właśnie stwierdzają, że nadnercza wytwarzają adrenalinę, gdyż lekkie głaskanie ich, emocye, podwiązanie aorty i następowe jej rozluźnienie, wywołują zjawianie się adrenaliny we krwi. W miarę nowych prac i badań z tego zakresu będziemy się przekonywać o coraz ściślejszej zależności jednych narządów od drugich.

Dr Koelichen wyraża przypuszczenie, oparte na licznych faktach stwierdzonych klinicznie, że w zakres chorób, które za przyczynę swą mają zaburzenia w chemizmie soków ustroju, wejdą z czasem takie jednostki chorobowe, jak nerwice pochodzenia psychicznego (psychogen).

Dr Męczkowski sądzi, że w sprawie wydzielania wewnętrznego istnieje tendencya do zbytniego rozszerzania nowych teoryi. Badania powinny być prowadzone w różnych kierunkach; zwłaszcza badania chemiczne przemiany mineralnej wykryłyby prawdopodobnie wiele nowych faktów. Doświadczalnie stwierdzono, że sole wapniowe odgrywają ważną rolę w regulowaniu stanów podrażnienia i hamowania układu nerwowego; prócz tego hamują one czynności protoplazmy, zaś sole sodowe pobudzają je. Regulatorem przemiany soli wapniowych są gruczoły przytarczyczne. Że jednak bez udziału nerwowego gruczoły wpływu swego ujawnić nie mogą, dowodem jest fakt bardzo bogatego ich unerwienia.

Dr Sycianko nawiązuje doświadczenia, wykonane w szkole Bechterewa w Petersburgu nad wpływem soli wapniowych i sodowych, wstrzykiwanych psom, z których pierwsze wywołują objawy myasteniczne, a drugie je znoszą, do poglądów, wygłoszonych przez Dr Orzechowskiego, zaznaczając, że szkoła petersburska skłonna jest uznać za główną przyczynę myastenii hyperfunkcyę gruczołów przytarczycznych, bez wyraźnego udziału innych gruczołów.

Prof. Dr Bochenek zwraca uwagę na to, że swoistość budowy gruczołów zdaje się wskazywać zarazem i na swoistość ich funkcyi. Zapytuje dalej, czy Prof. Popielski uważa wazodylatynę za wydzielinę komórek, czy też za produkt ich rozpadu.

Dr Szymanowski zaznacza, że działanie wazodylatyny nie jest identyczne ze wstrząsem anafilaktycznym, czego dowiodły odpowiednie badania.

Dr Rydel zapytuje, jak wytłomaczyć fakt, stwierdzony u chorego na akromegalię, u którego po wycięciu przysadki objawy chorobowe ustępować zaczęły dopiero po równoczesnem podawaniu tyreoidyny i hypofizyny.

Dr Bornstein nie sądzi, aby kiedykolwiek choroby nerwowe takie, jak histerya, nerwica lękowa, mogły być uważane za nie-psychopochodne, gdyż czynnik leczniczy, otrzymany na drodze psychoterapii, odgrywać będzie zawsze rolę rozstrzygającą. Jedynie zespół badań psychologicznych, anatomopatologicznych i chemicznych pozwoli zbliżyć się do właściwego wyjaśnienia przyczyn tych chorób.

Doc. Dr Hornowski, odpowiadając kolejno na pytania i zarzuty, przypuszcza, że cukromocz o tyle zależeć może od przysadki mózgowej, że jej wydzielina, dostając się do płynu mózgowo-rdzeniowego, drażnić może w IV komorze punkt Claude-Bernarda. W ciąży istnieje rzeczywiście większa ilość komórek eozynochłonnych w przysadce. Kryterya, które za życia pozwoliły mówić o zwiększonej lub zmniejszonej czynności danego gruczołu, są sprawą nie anatomopatologiczną, ale czysto kliniczną. Że nadnercza wydzielają adrenalinę, dowodzą tego doświadczenia, wykonane przez szereg autorów, a polegające na wycinaniu tych gruczołów. Adrenalina wpływa bardzo wybitnie na układ współczulny, czego dowiodły doświadczenia embryologiczne. Badania Batelliego, Meyera i wielu innych dowiodły niezbicie obecności adrenaliny nawet w naczyniach obwodowych, ilość jej we krwi wynosi według Biedla 1·14 całej ilości wydzielanej. Związek adrenaliny z układem chromochłonnym nie ulega dziś żadnej wątpliwości.

Prof. Dr Popielski nie zgadza się z poglądem, wygłoszonym przez Doc. Hornowskiego, jakoby wydzielina grasicy hamowała działanie układu współczulnego, czego skutkiem jest obniżenie ciśnienia krwi. W grasicy, jak i w każdym innym narządzie, istnieją dwa ciała: wazodylatyna i cholina, z których pierwsza rzeczywiście wywołuje rozszerzenie naczyń i jednocze-

śnie i niekrzepliwość krwi. Żadne z tych ciał jednak nie jest wydzieliną grasicy, gdyż otrzymuje się je z roztartego narządu. Każdy narząd daje wydzielinę do krwi, ale żadna z tych wydzielin nie posiada działania swoistego, jedynie tylko tworzy pewien skład krwi. To, że po wstrzyknięciu adrenaliny żabie, pozbawionej nadnerczy, przedłuża się jej życie na kilka godzin, tłomaczy mowca wpływem adrenaliny wyłącznie na czynność serca. Co do tłomaczenia wstrząsu anafilaktycznego, któremu oponował Dr Szymanowski, prelegent dodaje, że jest on identyczny z działaniem wazodylatyny; wazodylatyna działa jednak nie sama przez się, ale zapomocą ciała, wytwarzającego się w osoczu krwi. Stwierdzenie przez wielu autorów adrenaliny we krwi polega na błędzie, popełnionym przez nich w metodyce. Szyszynkę można usunąć bez żadnych widocznych zaburzeń dla ustroju.

VI. posiedzenie Zjazdu wypełniły luźne odczyty.

Dr Radziwiłłowicz (Warszawa) w odczycie swym **o projekcie nowego szpitala — kolonii dla umysłowo chorych pod Warszawą** podnosi punkty sporne lub wątpliwe współczesnego budownictwa psychiatrycznego. Szpital dla umysłowo chorych powinien obejmować część zamkniętą i otwartą, urządzenia opieki rodzinnej; system pawilonowy powinien być połączony z blokowym. Powinny być oddzielne pawilony dla gruźliczych i oddział dla zakaźnych chorych. Zniesienie odosobniania chorych z powodów psychicznych uważa prelegent za palącą sprawę doby dzisiejszej w psychiatryi. Prócz tego podnosi szereg ważnych punktów z zakresu bezpieczeństwa i sanitarnych stosunków, niezbędnych przy nowoczesnych urządzeniach szpitalnych.

Doc. Dr Mazurkiewicz (Kraków-Kobierzyn) mówi **o stanie opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi,** porównawczo do innych krajów i zaborów, wykazując te braki, które w bliżkiej przyszłości powinny być uzupełnione wspólnemi siłami społeczeństwa, gmin, kraju i państwa. Prócz tego zaznajamia zebranych z planami i zasadami, według których buduje się szpital dla umysłowo chorych w Kobierzynie.

(Dok. nast.).

Ustawa o chorobach zakaźnych,

Przed tygodniem dostał się nareszcie projekt ustawy o chorobach zakaźnych w drugiem czytaniu pod obrady Izby posłów parlamentu austryackiego i został przez nią uchwalony w tej prawie formie, jaką projektowi nadała ostatecznie komisya sanitarna, z odrzuceniem wielu poprawek, zgłoszonych przez posła Lasockiego i tow. jako wnioski mniejszości, a popieranych przez Koło polskie. Pozostaje jeszcze akt ostatni, uchwalenie projektu w trzeciem czytaniu, które ma się odbyć 10 lutego b. r.

Komisya sanitarna parlamentu, do której projekt trzykrotnie z Izby odsyłano, słuszne w swem sprawozdaniu wyraża zdumienie, że przecież wszystkie kluby i stronnictwa parlamentarne przez swych przedstawicieli w komisyi miały dość czasu i sposobności do poprawek, a zgłosiły je dopiero teraz, i piętnuje przez to marnowanie czasu i pracy z winy tych, którzy dopiero teraz wystąpili z wnioskami mniejszości. Zarzut to uzasadniony, a tem przykrzejszy, że nasze sfery lekarskie i Wydział krajowy galicyjski już przed 4 laty spełniły swój obowiązek i uczyniły wszystko, co potrzeba, aby projekt ustawy bez szkodliwej dla rzeczy zwłoki mógł być stosownie do interesów naszej ludności poprawiony i że bardzo ważne zmiany zostały dzięki temu w końcu uzyskane za staraniem ówczesnego członka komisyi sanitarnej, obecnie marszałka kraju, JE. Gołuchowskiego. Gdzież byli wówczas ci, którym wnioski, zawarte w memoryale Wydziału krajowego z r. 1909 i uzyskane na tej podstawie zdobycze, wydały się nagle w ostatnich miesiącach niewystarczające, a wady poprawionego już projektu tak wielkie, że dały podstawę do wniosku, aby głosować w trzeciem czytaniu w razie odrzucenia poprawek posła Lasockiego wogóle przeciw ustawie, do wniosku, którego Koło polskie nie zawahało się niestety uchwalić.

Zdawałoby się, że jeżeli kto powinien przedewszystkiem starać się o jaknajszybsze wejście w życie ustawy o chorobach zakaźnych, to właśnie przedstawiciele tego kraju, dla którego ustawa taka jest najpotrzebniejsza. Stało się wręcz przeciwnie... chociaż prostą jest rzeczą, że ustawa, nawet niezupełnie doskonała, zawsze lepszą będzie, niż brak wszelkiej ustawy. Toteż, choć może autorowie »wniosków mniejszości« najlepszemi kierowali się chęciami, niemniej dziś — po odrzuceniu tych wniosków — pragnąć należy, aby ustawa i w trzeciem czytaniu uzyskała w parlamencie większość, wbrew stanowisku, zajętemu w ostatniej uchwale przez Koło polskie.

Komisya sanitarna parlamentu poczyniła w projekcie ustawy przy ostatecznem jego opracowaniu zmian niewiele, jednakże ważnych. I tak, aby usunąć obawy, że zakres ustawy może być dowolnie nadmiernie rozszerzony, przez co na uboższe gminy spadłby nadmierny ciężar, skreśliła komisya § 6., orzekający, że wszelkie władze (a więc i gminne) powinny wszelkimi środkami starać się o zarządzenia i urządzenia, mogące zapobiedz powstawaniu i szerzeniu się chorób nagminnych. Dalej, uwzględniając interesa przemysłowców i rękodzielników, dodano w § 20 zastrzeżenie, że zamknięcie przedsiębiorstw przemysłowych może nastąpić tylko w razie bardzo wielkiego niebezpieczeństwa epidemii. W § 21. usunięto (niestety) »obowiązek« oznaczania mieszkań, w których jest choroba zakaźna, pozostawiając tylko »możność« oznaczania takich mieszkań. W § 33. wyraźnie zaznaczono, że odszkodowanie za utratę zarobku przysługuje także niezamożnym drobnym rolnikom, rękodzielnikom, kramarzom. W § 36 — z niemałą dla naszych warunków korzyścią — dodano wyraźnie, że rząd ma gminom uboższym, zwłaszcza na pograniczu państwa, przychodzić z pomocą pieniężną w zwalczaniu epidemii. Dalej zmniejszono stopę grzywien i kar za przekroczenie ustawy (§ 39—40) pod naciskiem różnych obrońców »wolności osobistej« (i »naturalnego leczenia«!) bardzo znacznie (najwyżej 600 kor. grzywny, dwa miesiące aresztu). Te poprawki zostały przez parlament w drugiem czytaniu przyjęte.

Co do owych wniosków mniejszości, przedstawionych przez pos. Lasockiego, a odrzuconych w drugiem czytaniu przez Izbę posłów, to należy odróżnić wśród nich dwie grupy. Jedną stanowią wnioski, zmierzające do zmniejszenia ciężarów, które ustawa nałoży na gminy, jakoto wnioski o to, aby z urzędu przeprowadzone odkażenie odbywało się kosztem państwa, aby skarb państwa pokrywał również koszta utrzymania osób odosobnionych, koszta utworzenia i utrzymania szpitali barakowych, koszta personalu szpitali. Są to wnioski, zgodne z postulatami naszej ankiety i z memoryałem Wydziału krajowego [1]). Tutaj istotnie szkoda, że wnioski te przepadły. Opierał się im stanowczo rząd ze względów finansowych.

Natomiast druga grupa wniosków mniejszości jest tego rodzaju, że odrzucenie ich przez parlament trzeba ze stanowiska sanitarnego uznać za szczęście. Były to bowiem między innymi takie wnioski, jak, aby obowiązkowi donoszenia podlegały tylko: cholera, mór, ospa, dur osutkowy, żółta febra i trąd (a więc ani dur brzuszny i czerwonka, ani płonica i błonica, ani nagminne zapalenie opon i t. d.) i — nie dość na tem — aby skreślić ustęp ustawy, dozwalający rozciągnąć obowiązek donoszenia także na inne choroby zakaźne (!); dalej, aby nie było można ograniczać używania źródeł, studzien i t. p., jak tylko wobec wspomnianych 6 chorób; aby znacznie ograniczyć możność odosobniania chorych i t. p. A na uzasadnienie takich wniosków przytoczono jeden argument: że takie przepisy »mogłyby łatwo dać podstawę do przesadnych zarządzeń, a czasem nawet szykan« (!). Zdaniem wnioskodawców nie można lekarzom oddawać w ręce tak ogromnej i »strasznej« władzy, jakąby im dała ustawa według projektu, uchwalonego przez komisyę. O ironio! Wszak jednym z dotkliwych braków ustawy jest właśnie to, że nie zapewnia ona lekarzom w dostatecznej mierze tej skali działania, którą dla skutecznej walki z epidemiami wskazują nauka i doświadczenie jako konieczną. Prócz tego domagała się mniejszość, aby ustawa objęła także gruźlicę i kiłę, nie licząc się zgoła z tem, że obie te klęski społeczne nie dadzą się podciągnąć pod przepisy, zastosowane do ostrych chorób zakaźnych. W całej tej drugiej grupie wniosków mniejszości i w przyjęciu jej przez Koło polskie odbija się wyraźnie fatalny wpływ tej okoliczności, że wśród polskiej reprezentacyi parlamentarnej niema ani jednego fachowego znawcy spraw sanitarnych. Niepodobna bowiem przypuścić, aby głos jego nie był uchronił wnioskodawców mniejszości od zboczenia na manowce w zakresie zagadnień czysto fachowych i aby nie był zapobiegł zbyt pochopnemu przyjęciu wszystkich wniosków mniejszości przez Koło polskie. C.

[1]) Porównaj »Przegląd lekarski« 1907 Nr 41—43 i 45—49, 1909 Nr 10—12, 1911 Nr 18, 1912 Nr 31.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 6. II. 1913 posiedzenie, na którem prof. Lewkowicz przedstawił chorych z kliniki chorób dzieci; Dr Zubrzycki chorą z kliniki położniczo-ginekologicznej; prof. Rosne: wygłosił wykła: »Ciąża a gruzoły o wewnętrznem wydzielaniu«. W dyskusyi przemawlali prof. Braun, Dr Hirsch, prof. Cybulski i Dr Szymanowski.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu, odbytem 1. II. 1913 we Lwowie, sprawą zwalczania twardzieli w kraju, sprawą koncesyi na zakład wodoleczniczy w Brzuchowicach, budowy szpitala izraelickiego w Tarnowie, docentury higieny w Czortkowe, podwyższenia taks szpitalnych w Jarosławiu, Kołomyi, Przemyślu, Sanoku i Zaleszczykach.

— W d. 14 i 15 lutego b. r. odbędzie się we Lwowie doroczne Walne Zgromadzenie Związku lekarzy rządowych w Galicyi, na którem, oprócz załatwienia spraw administracyjnych i wyborów, odbędą się następujące wykłady: 1) Prof. Kucera: O współdziałaniu lekarzy rządowych z państwowemi stacyami doświadczalnemi w zwalczaniu chorób zakaźnych. 2) Doc. Reiss: Znaczenie społeczne higieny oka. 3) Dr Friedberg: Lekarz rządowy jako znawca przy komisyi poborowej i jego zakres działania w myśl nowej ustawy wojskowej. 4) Zbiorowy wykład Dr Starzewskiego, dyrektora szpitala powszechnego, pp. Kamienobrodzkiego, architekta Wydziału krajowego i Rydzewskiego, inżyniera budowy, w sprawie pawilonów dla chorób zakaźnych we Lwowie, połączony ze zwiedzeniem pawilonów. Oprócz tego zwiedzą uczestnicy Zjazdu sanatoryum w Hołosku.

— Akademia Umiejętności w Krakowie ogłasza, co następuje: »Autorowie prac, przedstawionych Wydziałowi matematyczno-przyrodniczemu Akademii Umiejętności w Krakowie, nadsyłają je zazwyczaj na krótki czas przed datą posiedzenia Wydziału, niekiedy nawet w ciągu ostatnich dni, poprzedzających tę datę, wyrażając zarazem niejednokrotnie życzenie, ażeby prace przesłane były przedstawione (i decyzya o ich ogłoszeniu powzięta) na najbliższem posiedzeniu Wydziału. Wydział matematyczno-przyrodniczy dokłada starań w celu, ażeby czynności, połączone z rozbiorem prac mu składanych, odbywały się bez nieuzasadnionej zwłoki. Wydział uprasza jednakże pp. Autorów, ażeby w tych czynnościach nie żądali pośpiechu, który musiałby okazać się w skutkach szkodliwy. Na posiedzeniu w dniu 7 stycznia 1913 r. Wydział ustanowił w tym względzie, jako zasadę ogólną, regułę następującą: Prace, otrzymane przez sekretaryat Wydziału później, aniżeli dnia 20. któregokolwiek (niewakacyjnego) miesiąca, nie będą pomieszczane na porządku dziennym najbliższego posiedzenia, przypadającego w pierwszych dniach następującego miesiąca. Rygor ten nie obowiązuje prac członków Wydziału.

Wydział matematyczno-przyrodniczy uprasza zarazem pp. Autorów, ażeby zechcieli zwracać baczną uwagę na poprawność (obcego) języka, którym posługują się w rozprawach, przeznaczonych do Buletynów Wydziału. Jakkolwiek Wydział rozporządza pomocą znawców stosownych, nie może podejmować się jednakże poprawiania lub całkowitego przerabiania tekstu rozpraw, których redakcya nie czyni zadość zwykłym wymaganiom poprawności i wykończenia. Z podobną, lecz jeszcze bardziej usilną prośbą Wydział zwraca się do pp. Autorów prac polskich, które mu są przedstawione. Rękopisy tych prac świadczą niejednokrotnie o rosnącem niestety zepsuciu naszego języka naukowego. Wydział matematyczno-przyrodniczy przypomina, że obowiązkiem każdego posługującego się polską mową autora jest przestrzeganie prawideł języka, poszanowanie jego tradycyi, znajomość i opanowanie jego zasobów oraz form, które są mu właściwe. Wydział jest wreszcie zmuszony przypomnieć pp. autorom, że rękopisy prac nadsyłanych powinny być łatwo czytelne, jasne, zaopatrzone zawsze w podanie adresu autora i pod każdym względem w zupełności przygotowane do druku.

Dyrektor Wydziału: Edward Janczewski. Sekretarz Wydziału: Władysław Natanson«.

— Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności zawiadamia, że bieżący okres nagrodowy funduszu im. ks. Lubomirskich obejmuje lata: 1913, 1914, 1915. Postanowienie co do sposobu użycia nagromadzonych w ciągu trzechlecia odsetek zapadnie w początku 1916 roku, o ile możności dnia 7 lutego. Zgodnie z przepisem § II uchwały pełnego Zgromadzenia Akademii Umiejętności z dn. 27 listopada 1906 r., odsetki z funduszu im. ks. Lubomirskich płynące, po strąceniu 10% na cele tam wskazane, mają być używane a) na udzielanie nagród pieniężnych autorom i autorkom narodowości polskiej za samodzielne prace o rzeczywistej wartości naukowej z zakresu nauk przyrodniczych i lekarskich (z wyjątkiem prac ze ścisłej matematyki), napisane w języku polskim; b) na opędzanie kosztów wydania takichże prac z tego samego zakresu, przedłożonych w rękopisie i uznanych za odpowiednie. Według § VIII tejże uchwały wysokość nagród wynosić może od 1.000 do 3.000 koron (zob. Rocznik Akad. Umiejętności w Krakowie, rok 1906/7, Kraków 1907 str. 166). Dyrektor Wydziału: Edward Janczewski. Sekretarz Wydziału: Władysław Natanson.

— Zarząd Biblioteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Świetnemu miejskiemu Urzędowi zdrowia w Krakowie za 131 dzieł, darowanych Bibliotece Towarzystwa. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Augusta Bukowskiego złożyli lekarze z Wadowic i powiatu wadowickiego na ręce Dr T. Bąkowskiego kwotę 74 kor. na fundusz wdów i sierót po lekarzach, a mianowicie Dr Bąkowski, Opydo, Żędzianowski, Tarchalski, Nikliborc i Rogalski po 10 kor., Dr Landau i Matlak po 5 kor.. Dr J. Zborowski 4 k.

— Stypendyum jednorazowe fundacyi Dr H. Fidlera, utworzone z uzyskanej na konkursie »Przeglądu lekarskiego« nagrody dla jednego słuchacza medycyny z Krakowa i jednego ze Lwowa, otrzymał w Krakowie na zasadzie wniosku »Bratniej pomocy medyków U. J.« p. J. Zwierz.

Z różnych stron. Porządek dzienny ogólnego dorocznego posiedzenia Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 25. I. (7. II) 1613 obejmował; 1) Dyskusyę z powodu odczytu Dr Huszczy o chorobach kesonowych. 2) Wykład ks. prof. Dr Trzebiaka: O zdrojowiskach galicyjskich (z obrazami niknącymi). 3) Wykład doc. Dr Noiszewskiego. Wstęp do nauki o czuciu. 4) Pokazy.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. I. do 1. II. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (obcych 5 † 1), krztuśca 2, ospy wietrznej 4, płonicy 8 † — (1 † —), odry 2, duru brzusznego 1 † — (1 † —). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 27. I. do 3. II. 1913 przypadków: ospy 3, płonicy 2 † 1, duru wysypkowego — † —, róży 1.

Dr Trenkner.

Zmarli: Chirurg prof. Lantschner w Insbrucku, farmakolog prof. Mitlacher w Wiedniu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1913. (Dokończenie).

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt I. Tomu VIII. Życiorys profesora Ludwika Rydygiera. — Łepkowski: Wszczepianie zębów o złotych koronach w szczękę. — Mieczkowski: O guzach zapalnych brzucha. — Leśniowski: O zawęźleniu jelit cienkich.— Ostrowski: W sprawie operacyjnego leczenia nerki wędrującej.— A. Rydygier: Jak należy postępować wobec nowotworów esicy i odbytnicy. — Majewski: Leczenie chirurgiczne rozedmy płuc.— Zaorski: Przyczynek do operacyjnego leczenia raka prącia. — Kryński: W sprawie operacyi doszczętnych raka okrężnicy. — Ruff i Hornowski: Dwa przypadki szkliwiaka szczęki dolnej. — Nowicki: O stosunku chromaffiny do adrenaliny w nadnerczach. — Sawicki i Skłodowski: Pierwsze żebro piersiowe, naśladujące żebro szyjne.

Przegląd pedyatryczny, Tom IV. Z. 2, 3, 4. Bondy: Wymioty okresowe z acetonemią u dzieci. — Korybut-Daszkiewicz: O tak zwanych wymiotach okresowych u dzieci. — Gromski: Dwa przypadki choroby Rogera. — Gromski: Spirochaete scarlatinae Döhle. — Zembrzuski: Przyczynek do wrodzonych złośliwych nowotworów nerki. — Rieder: O wydzielaniu urotropiny w mleku kobiecem. — Jasiński: 1) Szpital dla dzieci w Lublinie. 2) Sprawozdanie l. z działalności szpitala dla dzieci w Lublinie za rok 1911. — Sprawozdanie za rok 1910 z działalności warszawskiego szpitala dla dzieci starozakonnych. — Kopeć: Prawdopodobne zatrucie aniliną, wessaną przez skórę.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Zesz. III. (1912). Simchowicz: Badania nad anatomią patologiczną otępienia starczego. — Osiński: Badania nad epidemią gorączki powrotnej w Warszawie w r. 1907 (dok.).

Postęp okulist. Nr 12 (1912). Ziemiński: Collyria oleosa.— Noiszewski: Jaki wpływ wywiera wycinanie tęczówki na ciałko rzęskowe.

Zdrowie Nr 1. W. Puławski: Zapobieganie chorobom zakaźnym wśród ludu w osadach i wsiach. — Themerson: Krzewienie kultury higienicznej przez szkoły początkowe.

Przegląd higieniczny Nr 1. Ogórek-Pankowa: Ubranie, moda i szkody zdrowia niemi wywołane.

Kronika dentyst. Nr 1. Hofung: Drobnoustroje ropocieku zębodołowego. — Zawidzki: Rys ortodentji nowoczesnej (c. d.).

Głos lekarzy Nr 1—2. Mikołajski: Konkursy na posady lekarskie. — Pawlicki: W sprawie partactwa leczniczego. — Połochajło i Mikołajski: O poprawę bytu lekarzy szpitalnych. — S. M.: Poświęcenie zakładu dla chorych zakaźnych. — Krewki adjunkt sądowy.

Słowo lekarskie Nr 1—2. Sprawozdanie Wydziału Związku krajowego lekarzy za r. 1912. — Walka między lekarzami a kasami dla chorych w Dolnej Austryi. — List z Pragi. — Dobry przykład. — Walne Zgromadzenie Związku krajowego lekarzy. — Siegel: Dziwni są ci ludzie!

Nasze Zdroje. Zeszyt I. zawiera artykuły od Redakcyi, Dr Westreicha i Łobaczewskiego w sprawach »Banku zdrojowisk«, oraz Dr Orłowicza: Plan rozwoju Zakopanego (dok.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. lutego 1913 o godz. 6 wieczór w klinice okulistycznej** (Kopernika 40). Na porządku dziennym: 1) R. dw. prof. Dr Wicherkiewicz: Wskazania operacyjne i technika sklerotomii własnego pomysłu (sclerotomia cruciata posterior). 2) Przedstawienie przypadków klinicznych. 3) Przedstawienie oftalmoskopu Gullstranda.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Dr Paul Korb. **Nowa modyfikacya leczenia tuberkuliną.** (Zeitschrift für Tuberkulose Nr 4. 1912).

Ogólne wrażenie wyników leczniczych, osiągniętych dotąd różnymi przetworami tuberkuliny, jest to, że każden z tychże zawiera obok skutecznych własności także trujące, uszkadzające organizm. Jeszcze żaden z licznych przetworów, wynurzających się prawie z roku na rok w kraju i zagranicą, nie zdołał zdobyć sobie trwałego i ogólnego uznania. Przy stosowaniu wszystkich przetworów spotyka się jeszcze w tak wysokich odsetkach brak działania, że nie zdołano osiągnąć rozpowszechnienia ogólnego.

Leczenie wapniem, które szczególnie w ostatnich czasach obudziło wrażenie z powodu wyraźnego wpływu i zniewoliło cały szereg autorów do sprawdzania ciekawych wyników, ma stanowić integralną część składową specyficznego leczenia chorób zakaźnych. Pobudce ze strony Hamburgera i Hekmy nie zdołano dotąd odpowiedzieć przy leczeniu gruźlicy płuc, gdyż brak było odpowiedniego połączenia calcium, nadającego się do celów leczniczych. Dopiero po sporządzeniu rozpuszczalnego połączenia wapnia Sanocalcin (cąlcium glycerolactophosphoricum) i stwierdzeniu możliwości połączenia go z pojedyńczemi surowicami leczniczemi, mamy widoki urzeczywistnienia żądań powyższych autorów. Firma Goedecke & Co., Lipsk, wprowadza na pobudkę prof. Dra Stickera w Berlinie do obrotu przetwór sanocalcinowo-tuberkulinowy, który to połączenie calcium zawiera rozpuszczony; (nadto szereg surowic w zawiesinie z sanocalcin). Połączenie to stanowi nową modyfikacyę leczenia tuberkuliną.

Nowy ten środek wydaje się w jałowych ampułkach jako 1% rozczyn. Każda ampułka zawiera 0,01 calc. glycero-lactophosphoric. z 0,005 tuberkuliny.

Korb przeprowadzał od mniej więcej roku doświadczenia z przetworem Sanocalcin-Tuberkulin w najrozmaitszych postaciach i stopniach gruźlicy płuc na wewnętrznym oddziale szpitala diakonis. »Bethanien« w Liegnitz i osiągnął bardzo korzystne wyniki.

Co do dawkowania rozpoczynano u wszystkich chorych dawką początkową 0,00005—0,0001. W tym celu rozcieńczano zawartość ampułki (1 cm^3) 10 cm^3 rozczynu soli kuchennej (0.85%) i używano z tego 1 względnie 2 podziałki. Przy każdem nowem wstrzyknięciu zwiększano dawkę w dwójnasób, w końcu do 0,01 i wyżej. Wstrzykiwania przedsiębrano w odstępach 2 lub 3 dni, częścią w mięśnie grzbietu pomiędzy łopatkami, częścią w uda wzgl. podudzia, wyjątkowo także w przedramię. Naturalnie przestrzegano przytem ściśle wszelkich zasad aseptyki.

Wszyscy chorzy pozostawali w leczeniu przez czas dłuższy, przeważnie przez kilka miesięcy.

Ze ściśle spostrzeganych przypadków wynika, że kombinacya nowego przetworu calcium z tuberkuliną zupełnie dobre oddaje usługi. Podczas gdy przy dawniej używanem stosowaniu starej tuberkuliny ciepłota w pojedynczych przypadkach często znacznie się podnosiła, to przy stosowaniu Sanocalcin-Tuberkulin nietylko nie spostrzegano najmniejszych wzniesień ciepłoty, lecz gorączki istniejące przed rozpoczęciem leczenia częstokroć bezpośrednio opadały. Hr. W.

Rok LII. Kraków, dnia 15. lutego 1913. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego (Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

Doświadczenia kliniczne z salwarsanem.

(Na podstawie dwuletnich spostrzeżeń).

Podał

Dr Z. Wachtel

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Wreszcie opiszę jeszcze jeden przypadek niedokrwistości ciężkiej (anaemia gravis), w której badaniem klinicznem nie można było rozstrzygnąć, czy to jest niedokrwistość pierwotna złośliwa, czy też niedokrwistość następowa.

J. Dz. 190. L. ł. 40. B. K., urzędnik prywatny z gubernii radomskiej, l. 47, zgłosił się do kliniki dnia 21. I. 1911 r.

Obecna choroba miała się rozpocząć przed dwoma laty. Chory zauważył wtedy, że traci na siłach, z dnia na dzień czuł się słabszy i nie mógł pracować w swoim zawodzie. Na kilka miesięcy przed zgłoszeniem się do kliniki zaczęły u niego pojawiać się dość częste krwawienia z dziąseł i z nosa. Ponieważ stan ten mimo leczenia się nie poprawiał, zgłosił się chory do kliniki. Co do przebycia kiły chory nic podać nie umie.

Stan obecny: Chory leży apatycznie, senny, ciepłota ciała wieczorem stale podwyższona, dochodzi do 37·4. Kościec słabo rozwinięty, mięśnie wiotkie, tkanka tłuszczowa częściowo zanikła, skóra blada z odcieniem żółtawym, sucha, o zmniejszonej elastyczności, na kończynach dolnych w okolicy kostek mierne obrzęki, kości goleni przy dotykaniu nieco bolesne. Widzialne błony śluzowe blade, badanie dna oka nie wykazuje nic nieprawidłowego, słuch nieco przytępiony z powodu szumu w uszach, jaki chory ma stale od kilku miesięcy. Gruczoły karkowe nieznacznie powiększone, twarde, niebolesne. Płuca bez zmian, serce w prawidłowych granicach. Nad końcem serca dwa głuche tony, pierwszy ton z lekkim podmuchem, nad żyłami szyjnemi buczenie. Brzuch w całości zapadły, przy dotykaniu nigdzie nie bolesny, wątroba macalna pod łukiem żebrowym, głównie płat prawy. Śledziona (przy opukiwaniu) nie powiększona, nie macalna. Mocz jasno-żółty, ciężar właściwy 1.013, białka i cukru niema, urobilina znacznie wzmożona. Badanie żołądka wykazuje po śniadaniu próbnem zupełny b r a k w o l n e g o k w a s u s o l n e g o.

Badanie krwi: Ilość krwinek białych 2,200, krwinek czerwonych 880,000, Hb 30%, krew w całości bledsza, krzepliwość bardzo znacznie upośledzona. Ciałka czerwone zupełnie nie układają się w rulony. W krwi świeżej niebarwionej bardzo liczne poikilocyty, liczne mikrocyty i pojedyncze makrocyty, w krwi barwionej kilka mikroblastów; krwinki białe %: limfocyty małe 39%, limfocyty duże 21%, ciałka neutrofilne 34%, eozynochłonne 5%, komórki tuczne (bazofilne) 1%; wskaźnik Hb 1·703. Surowica jadu kobry (odczyn Calmetta) nie uczynnia, odczyn WNB ujemny, odczyn Pirqueta dodatni, spojówkowy ujemny. W kale nic nieprawidłowego nie znaleziono.

Stan chorego w klinice mimo podawania przetworów żelazistych i stosowania arsenu w postaci wstrzykiwań podskórnych zupełnie się nie zmienił. Wobec tego wskrzyknięto dnia 30. I. 1911 salwarsan śródmiąższowo w ilości 0·40 w mięsień pośladkowy lewy. Chory nie miał bolów po wstrzyknięciu. Ciepłota ciała po wstrzyknięciu 37·2°, i nadal pozostała w tych samych granicach, w jakich była stale przed wstrzyknięciem.

Dnia 2. II. 1911 wstrzyknięto po raz drugi 0·3 salwarsanu w mięsień pośladkowy prawy. Po wstrzyknięciu nie miał chory żadnych dolegliwości, ani też wzniesienia ciepłoty ponad 37·4°. Dnia 4. II. można było wyczuć w miejscu wstrzyknięcia naciek kiełbasowaty, przy dotykaniu tkliwy, a przy najmniejszym już ruchu bolesny.

Dnia 6. II. naciek znacznie się zmniejszył, ale pozostał nadal bolesny. Naciek ten powoli zaczął ustępować, bolesność z dnia na dzień mniejsza; dnia 15. II. można było stwierdzić jeszcze mały naciek, który już był zupełnie niebolesny.

Badanie krwi 10. II. 1911. Ilość krwinek białych 4.600, krwinek czerwonych 1,840.000, Hb 41%. W krwi barwionej prócz nielicznych mikrocytów nie ma nic nieprawidłowego. Krwinki białe %: limfocyty małe 38%, limfocyty duże 11%, ciałka przejściowe 1%, neutrofilne 32%, eozynochłonne 14%, komórki jednojądrzaste Ehrlicha 2·5%, komórki tuczne (bazofilne 1·5%), wskaźnik Hb 1·11.

Chory podmiotowo czuje się znacznie mocniejszy, łaknienie wróciło, ciepłota ciała wieczorem 37·2°, ból w łydkach utrzymuje się nadal. Dnia 23. II. wstrzyknięto choremu 0·3 salwarsanu w 150 cm³ rozczynu fizyologicznego soli podskórnie w lewe udo. W chwili wstrzyknięcia i po wstrzyknięciu prócz miernego uczucia napięcia chory nie skarżył się na bóle. W dobę po wstrzyknięciu znaczny obrzęk i zaczerwienienie całego uda; ciepłota ciała 38·4°, bolesność uda znaczna, chory nie może się zupełnie poruszać z powodu bólu, jaki odczuwa przy każdym najmniejszym już ruchu. Obrzęk ten i gorączka, dochodząca wieczorem do 38·2°, utrzymuje się jeszcze przez 10 dni, poczem obrzęk zupełnie ustąpił, ciepłota ciała pierwszy raz od początku pobytu chorego w klinice wynosiła wieczorem 37°, a w miejscu wstrzyknięcia nie można było wyczuć żadnego nacieku bolesnego. Od tego czasu chory czuł się coraz lepiej, łaknienie wróciło. Krew dnia 30. III. przedstawiała się nieco korzystniej. Ilość ciałek białych 4,000, ciałek czerwonych 2,500.000, Hb 60%. Obraz krwi barwionej prócz nieli-

cznych myelocytów i znacznej eozynofilii, dochodzącej do 14%, nie zmienił się od czasu ostatniego badania. Chory nie skarży się już na bóle w łydkach, przechodzi się po sali bez zmęczenia. Buczenie nad żyłami szyjnemi ustąpiło, szmer nad końcem serca słabiej słyszalny, chory zyskał na wadze $3^{1}/_{2}$ kg. Chory zostaje jeszcze nadal w klinice dla obserwacyi aż do dnia 5. V., w którym to dniu opuścił klinikę w stanie znacznej poprawy stanu ogólnego. Przed wyjściem z kliniki zbadano krew: ilość krwinek białych 3,600, krwinek czerwonych 3,800,000, Hb 83%. Krwinki czerwone bez zmian, krwinki białe %: limfocytów małych 29%, limfocytów dużych 17%, ciałka neutrofilne 42%, eozynochłonne 10%, komórki szpikowe (myelocyty neutrofilne) 2%.

Chory po opuszczeniu kliniki czuł się przez siedem miesięcy zupełnie zdrowy, oddawał się pracy zawodowej. Dopiero z początkiem stycznia 1912 roku zaczął znów tracić siły, cierpiał na dość częste i dotkliwe bóle głowy, jakoteż na krwotoki nosowe, a ciepłota ciała, która od czasu opuszczenia kliniki była prawidłowa, wieczorami znów nieco się podnosiła i dochodziła do 37·6°. Ponieważ chory czuł, że stan jego stale się pogarsza, zgłosił się powtórnie do kliniki dnia 14. IV. 1912. Stan chorego był taki sam, jak po pierwszem zgłoszeniu się chorego do kliniki, a w moczu można było obecnie stwierdzić śladzik białka, nie dający się ilościowo oznaczyć.

Badanie krwi: Krwinki białe 3,400, krwinki czerwone 1,200.000, Hb 34%. Krew bledsza, wodnista. Krwinki czerwone, badane w świeżej krwi, silnie zabarwione, mikrocyty, makrocyty i poikilocyty dość liczne, różnobarwliwości i megaloblastów nie znaleziono. Krwinki białe %: limfocyty małe 30%, limfocyty duże 11%, ciałka przejściowe 1%, eozynochłonne 7%, komórki szpikowe (myelocyty neutrofilne) 2%, neutrofilne 49%; wskaźnik Hb 1·416.

Dnia 18. IV. 1912 wstrzyknięto choremu śródżylnie 0·40 salwarsanu. W kilkanaście minut po wstrzyknięciu dostał chory silnych dreszczy, które trwały godzinę, poczem ciepłota ciała podniosła się do 40°C. Po dwunastu godzinach ciepłota ciała 36·7°, chory prócz znacznego osłabienia nie ma żadnych dolegliwości.

W dziewięć dni po wstrzyknięciu krew przedstawiała się następująco: Ilość krwinek białych 4,800, ilość krwinek czerwonych 1,280 000, Hb 36%, zresztą obraz krwi analogiczny do poprzedniego.

Dnia 29. IV. wstrzyknięto choremu po raz drugi śródżylnie 0·40 salwarsanu. W pół godziny po wstrzyknięciu wystąpiły u chorego tak silne dreszcze, że z trudnością można było chorego utrzymać, by nie wypadł z łóżka. Dreszcze trwały z małemi przerwami $^{3}/_{4}$ godziny, poczem ciepłota ciała podniosła się do 38·4°C. Przez następne dwa dni ciepłota ciała była jeszcze stale podniesiona i dochodziła wieczorami do 38·2°C, poczem wróciła do poziomu prawidłowego, a w następnych dniach najwyższe wzniesienie ciepłoty w godzinach wieczornych wynosiło 37°C. Osłabienie zaczęło powoli ustępować, chory nie skarżył się na żadne dolegliwości.

Badanie krwi dnia 3. V.: Ilość krwinek białych 5.000, krwinek czerwonych 3,688.000, Hb 62%, zresztą stosunki jak poprzednio.

Dnia 10. V. wstrzyknięto choremu śródżylnie po raz trzeci 0·5 salwarsanu. Po tem wstrzyknięciu chory nie miał dreszczy ani żadnego wzniesienia ciepłoty, wogóle czuł się zupełnie dobrze i w kilka dni po wstrzyknięciu chciał opuścić klinikę. Przed wyjściem chorego z kliniki zbadano krew dnia 20. V.: Ilość krwinek białych 5,400, krwinek czerwonych 3,900.000, Hb 68%. W krwi świeżej obecne jeszcze nieliczne mikrocyty i poikilocyty, krwinki czerwone układają się częściowo w rulony. Krwinki białe %: limfocyty małe 38%, limfocyty duże 10%, ciałka przejściowe 1%, neutrofilne 34%, eozynochłonne 10%, komórki jednojądrzaste Ehrlicha 1%, komórki szpikowe (myelocyty) eozynochłonne 2%; wskaźnik Hb 1·2. Chory czuł się obecnie zupełnie dobrze i opuścił klinikę dnia 21. V. ze znaczną poprawą stanu ogólnego. Ciężar ciała przed wyjściem z kliniki 64 kg.; śladzik białka w moczu, który się przy zgłoszeniu do kliniki pokazał, obecnie zupełnie znikł.

W tym przypadku ciężkiej niedokrwistości były trudności rozpoznawcze. O ile z powodu niejasnej etyologii nie można było na pewno rozpoznać niedokrwistości następowej, o tyle z drugiej strony po dokładnem zbadaniu krwi i na podstawie całego przebiegu choroby nie można było na razie rozpoznać pierwotnej niedokrwistości złośliwej; która w każdym prawie przypadku kończy się śmiertelnie. We krwi wprawdzie nigdy nie znaleziono megaloblastów, ale przy każdem badaniu można było zauważyć obraz degeneracyi, a nigdy nie było zjawisk regeneracyi w postaci licznych normoblastów, które się zwykle spotyka w tych przypadkach niedokrwistości złośliwej, w których przychodzi do nagłej poprawy stanu ogólnego. Nie można też było zauważyć ciągłych przełomów, jakie często spotykamy w niedokrwistości złośliwej. Wysoki wskaźnik Hb i stała leukopenia przemawiały w tym przypadku również za niedokrwistością złośliwą. Przeciwko niedokrwistości złośliwej przemawiał ten fakt, że nie można było stwierdzić wybroczyn w siatkówce, jakie zwykle towarzyszą tej chorobie, a mocz, który w niedokrwistości złośliwej zwykle bywa ciemny i zawiera wiele urobiliny, w naszym przypadku był zawsze jasny i nie zawierał urobiliny. Ponieważ jednak sprawa właściwej niedokrwistości pierwotnej złośliwej dotychczas nie jest wyjaśniona, a często niedokrwistość, początkowo rozpoznawana jako złośliwa, później przecież skończyła się wyleczeniem, przeto należy bardzo ostrożnie rozpoznawać niedokrwistość złośliwą, a lepiej oceniać niedokrwistość według ogólnego stanu chorobowego i rozpoznawać niedokrwistość ciężką (anaemia gravis), jak to było w naszym przypadku. Wogóle o niedokrwistości złośliwej można to samo powiedzieć, co Virchow swego czasu powiedział o białaczce wrzekomej (pseudoleucaemia), t. j. że jest to naczynie, do którego się wrzuca wszystkie możliwe postacie niedokrwistości, jeżeli nie można znaleść przyczyny ich powstania.

IV. Salwarsan w chorobie Bantiego.

Zastosowano też salwarsan w jednym przypadku chorobowym, w którym rozpoznanie kliniczne brzmiało: Splenomegalia anaemica (morbus Banti), stadium II.

L. Dz. 485. L. ł. 4. J. S., l. 26, robotnik w kopalni węgla, zgłosił się do kliniki dnia 18. VI. 1912, podając, że obecna choroba rozpoczęła się przed czterema laty. Początkowo pojawiły się dreszcze i gorączka, wówczas również występować miały wymioty, i to kilka razy dziennie niezależnie od spożywanych pokarmów — w różnych porach dnia. Chory wówczas miał zauważyć, że pożółkł; stolec był zaparty, a mocz w skąpej ilości, czerwonawy. Chory miał nadto doznawać silnych bólów w dolnej części brzucha. Na skórze doznawał chory swędzenia, chwilami bardzo uporczywego. Osłabienie ogólne było dość znaczne. W jakiś czas później miewał chory dość często obfite krwawienia z uszu. Już w początkach choroby zauważył wybitne stwardnienie pod lewym łukiem żebrowym, a kiedy je zauważył, miało już podobno być tak znacznych rozmiarów, jak obecnie. Po kilku tygodniach zarówno dreszcze i gorączka, jak i wymioty, miały ustąpić, pobolewanie pod lewym łukiem żebrowym utrzymywało się dalej;

stolce uregulowały się stopniowo i od dwóch lat stolec bywa już prawidłowy. Pierwotne żółtawe zabarwienie skóry ustąpiło, natomiast chory stał się blady. Ostatniej wiosny miał chory zauważyć kilkakrotnie krew w stolcu, a również gdy doznawał zrywania na wymioty i przyspieszał je przez podrażnienie gardła palcem, miał zauważyć w treści zwymiotowanej wcale znaczną ilość krwi, przeważnie skrzepłej. Od kilku tygodni doznaje chory szumu w lewem uchu. Chory podaje jeszcze, że przed siedmiu laty miał doznać znaczniejszych urazów; raz odrzucony gazami przy rozsadzaniu węgla w kopalni, drugi raz szybko spadłszy z windą, doznał znacznego wstrząśnienia. Co do przebytej kiły chory nic nie może podać. (Wywiady wogóle bałamutne).

Stan obecny: Ciepłota 36·8° C, tętno miarowe, dobrze napięte, l. tętna 79. Kościec i mięśnie dobrze rozwinięte, podściółka tłuszczowa podskórna w średniej ilości. Skóra elastyczna, wilgotna, na wewnętrznych stronach obu kończyn górnych rozległe blizny i zaciągnięcia po oparzeniu. Na plecach między łopatkami rozległe, ale powierzchowne blizny. Gruczoły podszczękowe prawostronne macalne, niebolesne. Gruczoł tarczowy nie powiększony. Płuca i serce bez zmian.

Brzuch w całości bardziej wysklepiony, w górnej lewej części wyczuwa się przez powłoki brzuszne pod łukiem żebrowym lewym oporność twardą, przy dotyku nieco bolesną.

Wątroba (opukiwanie) sięga na dwa palce poniżej łuku żebrowego prawego; obmacaniem można stwierdzić, że występuje z pod prawego łuku żebrowego ku środkowej linii ciała, jako twarda okrągława oporność, przy dotykaniu niebolesna. Śledziona wyczuwalna, sięga aż po pępek, twarda, nie bolesna, mało ruchoma, kształtu sierpowatego.

Mocz barwy ciemno-pomarańczowej, ciężar właściwy 1·022, bez białka i cukru, indykan znacznie zwiększony. W kale niema nic nieprawidłowego. Badanie krwi z dnia 19. VI: Ilość krwinek białych 5,200, krwinek czerwonych 2,124.000, Hb 46%, wskaźnik Hb 1·09; krew wogóle bledsza, krzepliwość znacznie zwiększona. Nieliczne poikilocyty i mikrocyty. Krew barwiona prócz różnobarwliwości (polychromatophilia) nie przedstawia nic nieprawidłowego. Krwinki białe %: limfocyty małe 14%, limfocyty duże 7%, ciałka przejściowe 2½%, neutrofilne 74%, eozynochłonne 1½%, komórki tuczne (bazofilne) ½%, komórki jednojądrzaste Ehrlicha ½%. Chory po kilkudniowym pobycie w klinice prócz nieznacznego ogólnego osłabienia i uczucia ugniatania w lewem podżebrzu nie ma żadnych dolegliwości.

Dnia 23. VI. wstrzyknięto choremu śródżylnie 0·50 gr salwarsanu. Chory po wstrzyknięciu nie miał żadnych dolegliwości, ani wzniesienia ciepłoty. W moczu w dobę po wstrzyknięciu wystąpił śladzik białka (0·03‰), w osadzie moczu nie było nic nieprawidłowego. Białko po dwóch dniach ustąpiło i chory miał się zupełnie dobrze. Dnia 30. VI. badanie krwi wykazało nieco więcej krwinek czerwonych, gdyż liczba ich wynosiła 2.872.000, a procent Hb 56%, wskaźnik 0·98, zresztą stosunki zupełnie takiesame, jak przy poprzedniem badaniu. Ponieważ zauważono widoczny przyrost krwinek czerwonych i Hb., wstrzyknięto dnia 30. VI. poraz drugi śródżylnie 0·5 salwarsanu. Chory po wstrzyknięciu nie miał żadnego wzniesienia ciepłoty, a białka, które po pierwszem wstrzyknięciu wystąpiło w moczu, obecnie nie wykazano. Dnia 6. VII., a więc w sześć dni po wstrzyknięciu stwierdzono przy badaniu krwi znów nieznaczne zwiększenie się krwinek czerwonych; procent Hb pozostał ten sam, jak po pierwszem wstrzyknięciu. Śledziona była nieco więcej ruchoma i mniejsza. Chory nie chciał dłużej pozostać w klinice, wobec tego dalsza obserwacya chorego na razie odpadła.

Rozpoznanie kliniczne w tym przypadku oparto częściowo na dolegliwościach, których chory doznawał przed wstąpieniem do kliniki (t. j. częste krwotoki z nosa, krwawienia z jelit, żółtaczka, ogólne osłabienie), następnie na badaniu klinicznem, które wykryło znaczne powiększenie śledziony, wątroby, indykan w moczu. Odczyn WNB był bez znaczenia, gdyż w 0·5 cm³ surowicy było słabe zahamowanie, w 0·25 cm³ surowicy zupełna hemoliza, próba kontrolna, t. zn 1 cm³ surowicy bez antygenu, dała zupełne zahamowanie hemolizy, a więc była to jedna z surowic, które same przez się dają zahamowanie (chory przeczył, jakoby kiedykolwiek przebywał kiłę). W krwi był typowy obraz następowej niedokrwistości; względnej limfocytozy, jaką zwykle opisują w chorobie Bantiego, w naszym przypadku nie zauważono.

Etyologia choroby w naszym przypadku była dość niejasna, gdyż można było według podania chorego myśleć o przebytej zimnicy, nie można też było stanowczo wyłączyć kiły bądź dziedzicznej, bądź nabytej. Jak w naszym przypadku, tak i wogóle w chorobie Bantiego i ze względu na niezupełnie jasną etyologię nie można się zgodzić w każdym przypadku na leczenie chirurgiczne, które polega na wycięciu śledziony, jakkolwiek niektórzy opisują zupełne i trwałe wyleczenie po tym zabiegu. O ile jednak są pewne dane za tem, że choroba może być następstwem kiły, czy dziedzicznej, czy to nabytej, byłoby zawsze przed postanowieniem operacyi wskazane leczenie przeciwkiłowe. Literatura amerykańska podaje jeden przypadek choroby Bantiego, który w dwa lata po wycięciu śledziony zakończył się śmiertelnie, a nekroskopia wykazała kiłę. Dla samego nawet Bantiego etyologia tej choroby była niejasna; przypadki przez niego opisane dotyczyły głównie Włochów z okolic zimniczych, można więc było łatwo przypuścić w tych przypadkach tło zimnicze. Ponieważ w późniejszym okresie nie ma wyraźnej różnicy między chorobą Bantiego a marskością wątroby, więc wielu anatomopatologów i klinicystów odrzuca teoryę Bantiego. Banti twierdzi, że choroba ta powstaje wskutek przewlekłego zatrucia istotami, które się pierwotnie wytwarzają w schorzałej śledzionie i drogą żyły wrotnej dostają się do wątroby, gdzie miejscowo wywołują stan zapalny. Gilbert i Fournier podają, że prawdopodobnie śledziona i wątroba równocześnie zostają uszkodzone przez jakieś istoty trujące, lecz sprawa chorobowa w wątrobie wolniej się rozwija. Prawdopodobnie nie wywołują tej choroby drobnoustroje, gdyż żadnemu z badaczy tej choroby nie udało się wyhodować drobnoustrojów ani z krwi, ani ze śledziony. Jaki więc czynnik wywołuje wszystkie objawy chorobowe, na razie niewiadomo. Nie ulega wątpliwości, że w wielu przypadkach jest pierwotnem tłem choroby wrodzona kiła lub też zimnica. Z obserwacyi klinicznej można tyle na razie wnosić, że różnorodne zmiany histologiczne w narządach mogą wywołać te same objawy kliniczne, ten sam obraz chorobowy. W każdym razie, nie wchodząc w to, czy choroba Bantiego powstaje na tle kiłowem, czy też na tle zimniczem, prócz leczenia chirurgicznego i przed niem próbować należy leczenia arsenem w dużych dawkach. W naszym przypadku wstrzykiwanie salwarsanu było niejako stosowaniem arsenu w większych dawkach.

V. Salwarsan w zimnicy.

Wreszcie stosowano też salwarsan w klinice nasze

w zimnicy uporczywej i długo trwającej »febris tertiana duplex«. Za szczupły materyał kliniki nie pozwalał zebrać liczniejszych przypadków zimnicy, leczonej salwarsanem. W ciągu dwóch ostatnich lat zdarzył się tylko jeden przypadek zimnicy, uważam jednak za stosowne przytoczyć ten przynajmniej jeden przypadek, w którym stosowano salwarsan.

L. Dz. 353. L. ł. 37. M. P. l. 25, ślusarz z Dąbrowy Starej, zgłosił się dnia 18. IV. 1912 do kliniki. Obecna choroba miała się rozpocząć przed pół rokiem dreszczami, trwającymi kilkanaście minut, po których następowało znaczne podniesienie ciepłoty ciała, utrzymujące się koło dwóch godzin, poczem występowały silne poty na całem ciele. Objawy te powtarzały się przez trzy miesiące co dwa dni, zwykłe w godzinach przedpołudniowych. W następnych dwóch miesiącach napady te nie pojawiały się tak regularnie co dwa dni, występowały jednak co tydzień, a czasami co dwa tygodnie, zależnie od środka leczniczego, jaki chory przez kilka dni od czasu do czasu zażywał. Od dwóch tygodni skarży się chory na zupełny brak apetytu, czuje się bardzo osłabiony, tak że nie jest obecnie zdolny do żadnej pracy i dlatego zgłosił się o pomoc do naszej kliniki. Co do przebytych chorób podaje, że przed kilku laty przebył zakażenie kiłowe i leczył się w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Stan obecny: Chory wzrostu średniego, o silnej budowie i dość dobrem odżywieniu; ciepłota ciała 36·7°C. tętno miarowe, dobrze napięte, 78. Skóra blada z odcieniem oliwkowym, wilgotna, elastyczna. Narządy wewnętrzne klatki piersiowej bez zmian. Brzuch nieco wzdęty, w okolicy obu łuków żebrowych oporny, niebolesny. Wątroba macalna na trzy palce pod łukiem żebrowym prawym, twarda, gładka, nie bolesna. Śledziona macalna, przekracza linię pachową przednią i sięga na trzy palce niżej łuku żebrowego, twarda, przy dotykaniu nie bolesna. Mocz pomarańczowy, ciężar właściwy 1.026, indykan zwiększony, białka i cukru niema. Odczyn WNB ujemny.

Badanie krwi: Ilość krwinek białych 4,000, ilość krwinek czerwonych 3,200.000, Hb 61%. W krwi świeżej ciałka czerwone układają się w rulony; nieliczne poikilocyty, prócz tego widać gamety jajowate poruszające się; przy dokładnem badaniu można widzieć zwitki poruszające się. Kształt pasorzytów odpowiadał plasmodium vivax (haemamoeba vivax). W krwi barwionej sposobem Gemsy widać krwinki czerwone zajęte przez schizonty; krwinki w całości nieco większe niż prawidłowe; schizonty przedstawiały się jako małe pierścienie, których jedna połowa z guziczkowatem zgrubieniem, a druga grubsza, półksiężycowata. Prócz tych postaci widać jeszcze duże pierścienie, a obok nich różne nieregularne twory. Gdzieniegdzie schizonty wypełniały szczelnie znacznie powiększone krwinki czerwone, jako bryłki nieregularne, zawierające ziarna melaniny. (Krew badana była podczas napadu w pięć dni po przyjęciu do kliniki).

Chory od dnia przyjęcia do kliniki przez pięć dni nie gorączkował. W piątym dniu o godz. 5. wieczorem dostał silnych dreszczów, poczem ciepłota ciała podniosła się do 39·2°C, a nad ranem opadła do 36·4°C. Następnego dnia wieczorem znów dreszcze i wzniesienie ciepłoty do 39·4 C. Przez następnych kilka dni codziennie wieczorem o tej samej porze było wzniesienie ciepłoty, dochodzące do 39·4°C, poprzedzone zawsze silnymi dreszczami.

Wobec tego wstrzyknięto dnia 30. VI. podczas najwyższego wzniesienia ciepłoty 0·5 gr salwarsanu śródżylnie. W godzinę po wstrzyknięciu ciepłota ciała podniosła się jeszcze znaczniej, gdyż dochodziła do 40·2°C i na tej wysokości utrzymywała się jeszcze przez dwie godziny, poczem opadła do 38·4°. Wzniesienie ciepłoty, dochodzące do 38·4°, utrzymywało się jeszcze przez następną dobę. Na trzeci dzień rano ciepłota 36·4°C. Chory prócz znacznego osłabienia i mroczenia w oczach nie miał żadnych dolegliwości. Łaknienie, przedtem znacznie upośledzone, wróciło. (W pięć dni po wstrzyknięciu zbadano krew i nie znaleziono pasorzytów zimniczych). Stan bezgorączkowy trwał przez dziewięć dni. Dziesiątego dnia wieczorem chory znów dostał typowego napadu zimnicy, podobnego zupełnie do poprzedniego. We krwi badanej podczas napadu znaleziono liczne plasmodya, głównie w kształcie półksiężyca.

Dnia 12. V. wstrzyknięto poraz drugi 0·5 salwarsanu śródżylnie, poczem stan chorego znowu przez 9 dni był zupełnie dobry, a w dziesiątym dniu chory znów dostał silnych dreszczów i wzniesienia ciepłoty. We krwi znów można było stwierdzić dość liczne plasmodya zimnicze. Dnia 22. V. wstrzyknięto poraz trzeci 0·5 salwarsanu śródżylnie i stan chorego znowu się na dziewięć dni poprawił.

Obserwacya kliniczna w tym przypadku stwierdziła, że salwarsan nie zniszczył zupełnie pasorzytów zimniczych, lecz tylko odsunął napad na dni dziewięć. Przy następnym napadzie nie próbowano już wstrzykiwać salwarsanu, natomiast zastosowano chininę w postaci wstrzykiwania śródżylnego w ilości 1·00 gr.

Wstrzyknięcie śródżylne chininy było nieco bolesne, po wstrzyknięciu chory był nieco oszołomiony, ale objawów zatrucia nie zauważono. W godzinie po wstrzyknięciu ciepłota ciała podniosła się do 40·4°C, a w trzy godziny po wstrzyknięciu wynosiła jeszcze 40·2°C. Następnego dnia rano ciepłota opadła do 36·4°C, chory był bardzo osłabiony i doznawał silnych zawrotów głowy. Równocześnie zauważono w miejscu wstrzyknięcia po stronie zginaczy ramienia skórę lekko obrzękłą, nieco na dotyk tkliwą i jednostajnie brunatno-ziemisto zabarwioną. W osiem dni po wstrzyknięciu obrzęk jakoteż zabarwienie zupełnie ustąpiły, a ciepłota ciała od tego czasu była prawidłowa. We krwi w 15 dni po wstrzyknięciu nie wykryto tworów zimniczych; liczba ciałek czerwonych 4,000.000, Hb 66%, zresztą we krwi nie znaleziono nic nieprawidłowego, śledziona obecnie sięga na palec pod łukiem żebrowym i nie jest tak twarda, jak przy zgłoszeniu się chorego do kliniki. Od dnia wstrzyknięcia chininy pozostawał chory jeszcze przez 19 dni w klinice i nie miał nigdy podwyższonej ciepłoty, czuł się zupełnie dobrze; opuścił klinikę w stanie ogólnym dobrym.

Trudno z tego jednego przypadku wysnuwać wnioski co do działania salwarsanu na zimnicę, ale w każdym razie można się było tutaj przekonać, że salwarsan działał o tyle skutecznie na sprawę chorobową, iż odsuwał przynajmniej na kilka dni napady zimnicze. Może być, że ten jeden przypadek o bardzo złośliwym i uporczywym przebiegu, nie nadawał się do leczenia salwarsanem, a zimnica o przebiegu łagodniejszym byłaby tym środkiem wyleczona. W naszym przypadku wykazano we krwi »plasmodium vivax«, które jest bardzo złośliwe i wywołuje napady co trzeci dzień, a w razie obecności dwóch generacyi, w różnym czasie dojrzewających, gorączkę codzienną. Tuschinsky, który na wielkim materyale klinicznym w Petersburgu próbował wstrzykiwań salwarsanu w zimnicy, doszedł już przedtem do tego przekonania, że ciężkich postaci zimnicy salwarsanem wyleczyć nie można, że jednakowoż salwarsan zmniejsza napady i odsuwa je na kilka lub nawet na kilkanaście dni.

*

Wogóle wyniki lecznicze salwarsanem we wszystkich przypadkach chorobowych, w których go w naszej klinice stosowano, były tego rodzaju, że na razie nic stanowczego nie można orzec o działaniu salwarsanu tak w chorobach parakiłowych, jakoteż we wszystkich innych przypadkach chorobowych, leczonych tym środkiem. Leczenie salwarsanem znajduje się w tym zakresie jeszcze w okresie prób, tembardziej, że dawki średnio stosowane w klinice, a mianowicie 0·5 gr na dawkę, były w stosunku do zasad, podanych przez Hatę, za małe. Hata bowiem obliczył jako dawkę średnią 0·01 gr na kilogram wagi królika. Może w przyszłości przy zastosowaniu odpowiednio zwiększonych dawek będzie można coś pewniejszego orzec o działaniu salwarsanu.

Przyczynę powstawania gorączki po wstrzykiwaniach czy to śródmiąższowych, czy śródżylnych, rozmaicie tłómaczono. Neisser twierdził, że wzniesienie ciepłoty po salwarsanie przy świeżych sprawach kiłowych pochodzi od szybkiego rozpadania się krętków bladych i od trucizn. które się wtedy w znacznej ilości we krwi znajdują. Ze zdaniem Neissera nie można się zgodzić, gdyż w klinice naszej wstrzykiwano salwarsan u wielu osób, które wcale kiły nie przebywały, a mimo to można było czasami zauważyć znaczne wzniesienie ciepłoty. Niektórzy znów przypuszczali, że przy każdem nakłuciu naczynia uchodzi z niego kilka kropel krwi do igły, w których znajdują się pewne fermenty, a te wstrzyknięte do krwi podnoszą ciepłotę ciała; fermenty te mają tę własność, że wstrzyknięte nawet w bardzo małych dawkach mogą wywołać wzniesienie ciepłoty. Dalsze badania w tym kierunku wykryły, że nawet fizyologiczny rozczyn soli może wywołać podniesienie ciepłoty. Marschalko wyraził zdanie, że dreszcze i gorączka po wstrzyknięciu śródżylnem salwarsanu powstawały w jego przypadkach dlatego, iż zwykle używał do wstrzyknięć płynu hypertonicznego, a skoro zaczął używać płynu hypotonicznego, objawy te znacznie się zmniejszyły i rzadziej się pojawiały. W naszej klinice wstrzykiwano salwarsan w ten sposób, że w 50 gr fizyologicznego rozczynu soli znajdowało się 0·10 gr salwarsanu w rozczynie zasadowym, który według Loeba ma być rozczynem izotonicznym. Herman Majer używał do wstrzykiwań rozczynu soli 0·5%, a mimo to ciepłota ciała w przeważnej liczbie przypadków dochodziła po wstrzyknięciu do 38·4°C, ale dreszczów i innych ubocznych objawów, jak wymioty, nie zauważył Majer nigdy. Później wogóle zaprzestano wstrzykiwać salwarsan w rozczynie soli, a używano wody przekroplonej; i po niej jednak dość często zauważano nawet kilkudniowe gorączki.

Wechselman odnosi wzniesienie ciepłoty w tych przypadkach do zwiększonego rozpadu białka w ustroju. W klinice naszej po jednorazowem wstrzyknięciu salwarsanu nie można było zauważyć wzniesienia ciepłoty, któreby wprost można było odnieść do wpływu rozczynu soli. Zwykle w tych przypadkach, w których ciepłota ciała przed wstrzyknięciem była nieco podniesiona, utrzymywała się gorączka i przez kilka dni po wstrzyknięciu. Jedynie tylko w wyżej opisanym przypadku zimnicy bezpośrednio po pierwszem wstrzyknięciu salwarsanu ciepłota ciała znacznie się podniosła. Prócz tego przypadku złośliwej zimnicy zauważono u chorych z niedokrwistością następową po zimnicy stale już po pierwszem wstrzyknięciu niewielką gorączkę, która jednakowoż po dobie ustępowała. W innych przypadkach chorobowych, zwykle dopiero po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu można było zauważyć wzniesienie ciepłoty, dochodzące czasami do 39·2°C i poprzedzone często silnymi dreszczami, a czasami i wymiotami. Przyczynę tych objawów można było przypisać zbiorowemu (kumulatywnemu) działaniu arsenu w ustroju w postaci lekkiego zatrucia.

Co do wessalności arsenu po śródżylnem wstrzyknięciu można się było przekonać, że czasami już po trzech dniach nie było w moczu ani śladu arsenu. Prace Bornsteina w tym kierunku wykazały, że gdy w moczu znika arsen po trzech tygodniach, to w narządach wewnętrznych, a głównie w wątrobie i śledzionie można go wykazać czasami jeszcze w trzy miesiące po wstrzyknięciu. Po wstrzyknięciu śródżylnem salwarsanu arsen niedługo krąży we krwi, lecz osiada w narządach wewnętrznych, głównie w wątrobie i śledzionie. Ritter wykonał w tym kierunku doświadczenia na szeregu królików i przekonał się, że po jednorazowem wstrzyknięciu 0·01 gr salwarsanu można było jeszcze po 30 dniach znaleść arsen w wątrobie, a dopiero po 60 dniach arsenu wykryć się nie udawało. Następnie powtarzał on wstrzyknięcie w 40 dni po pierwszem, a granica wykrycia arsenu w wątrobie rozszerzyła się na 60 dni; jeżeli zaś u tych samych królików w odstępie 8 do 14 dni wstrzykiwał po raz trzeci arsen, to stwierdzał arsen w wątrobie po 70 dniach, a czasami nawet w 100 dni po wstrzyknięciu. Z tego widać, że arsen po kilkakrotnem wstrzyknięciu ma działanie zbiorowe (kumulatywne). W ten sam sposób można było wytłómaczyć, że odczyn gorączkowy występował w naszej klinice czasami dopiero po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu salwarsanu.

O gruczołach przytarczycznych.

Sprawozdanie poglądowe.

(Odczyt na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 11. XII. 1912 r.).

Podał

Dr Jan Nowaczyński

(asyst. klin. med. Un. Jag.).

Gruczoły przytarczyczne są to, jak wiadomo, małe, okrągłe lub owalne twory, leżące na bocznych płatach tarczycy w liczbie czterech, dwa w górze, dwa w dole; makroskopowo różnią się od tarczycy i gruczołów limfatycznych swą brunatnawą barwą. Histologiczne badanie wykazuje, iż utkanie ich składa się z licznych pasm lub grup nabłonkowych, między któremi znajduje się skąpa tkanka łączna, zawierającą dość liczne naczynia. Budowa więc jest zupełnie inna, niż tarczycy; brak pęcherzyków z koloidem, nabłonki zaś są większe, posiadają jasną protoplazmę, prawidłowo zawierającą kulki tłuszczu oraz glikogen; w niektórych miejscach można znaleźć pęcherzyki drobne, mniej lub więcej wykształcone, zawierające substancyę koloidalną. Welsh rozróżnia wśród komórek nabłonkowych gruczołów przytarczycznych dwa rodzaje komórek: komórki główne (Hauptzellen) oraz komórki kwasochłonne (oxyphile Zellen). Pierw-

sze są wieloboczne, mają protoplazmę bardzo słabo barwiącą się i układają się zwykle w formie palisad; drugie zaś charakteryzują się powinowactwem protoplazmy do barwików kwaśnych, np. do eozyny. Wspomnieć należy, iż Getzowa znajduje jeszcze komórki podobne do syncytyum.

Gruczoły przytarczyczne według Sandstroema mają być resztkami zarodkowej tkanki tarczycy, według zaś badań Kohna i Shapera stanowią zupełnie niezależne twory.

Badania doświadczalne ostatnich lat wykazują, że te małe twory stanowią narząd ważny i konieczny do życia. Usunięcie ich operacyjne lub wogóle brak ich czynności wiedzie, jak to Vassale i Generali wykazali u psów i kotów, do typowego obrazu tężyczki (tetania) z objawami takimi jak: kloniczne i toniczne skurcze mięśniowe, wzmożone pragnienie, podniesienie ciepłoty, przyspieszenie tętna, śpiączka, kurczowy typ oddychania i t. p. U różnych zwierząt występują te objawy z różnem nasileniem. Objawy są tak charakterystyczne, iż o ile usunięcie operacyjne gruczołów było bez zarzutu, nie można wątpić o przyczynowym związku między tężyczką a brakiem czynności ciał przytarczycznych. Dawniej przypuszczano, że tarczyca i gruczoły przytarczyczne stanowią narządy czynnościowo równorzędne. Gley np. twierdził, że tężyczka występuje tylko wtedy, jeśli usunie się zupełnie całą tarczycę, że natomiast wycięcie samej tarczycy lub tylko gruczołów przytarczycznych nie wywołuje tężyczki. Pozostawienie np. jednego tylko ciałka wystarczałoby do zachowania czynności całego narządu, t. j. tarczycy oraz ciał przytarczycznych. Wnet jednak dalsze badania wykazały, że oba narządy są różne. Już Mousu zauważył, że po wycięciu tarczycy, ciałka przytarczyczne pozostawione nie mogą przeszkodzić rozwinięciu się obrazu chery (cachexia thyreopriva). Gdy zaś następnie Kohn wykazał, że oprócz dwu zewnętrznych ciał przytarczycznych są jeszcze dwa wewnętrzne ciałka, gdy dalej Vassale i Generali wykryli obecność ciałek w tkance tłuszczowej okołoosierdziowej, a Erdheim u szczurów także i w tkance grasicy, wyjaśniła się cała sprawa. I teraz wiemy, że tylko wtedy wystąpi tężyczka, gdy wszystkie, tak wewnętrzne, jakoteż i zewnętrzne gruczoły przytarczyczne zostaną usunięte. W tych przypadkach zaś, w których mimo pozostawienia jednego lub dwu gruczołów wystąpiły objawy tężyczki, przyjąć należy, że gruczoły, które pozostały, nie są zdolne do objęcia czynności zastępczej; zważyć bowiem należy, że gruczoly te są bardzo czułe na najmniejsze już uszkodzenia tak, że np. przypadkowe podwiązanie naczynia wywołuje ich zanik i utratę czynności. Fakty powyższe są wynikiem licznych badań Vassalea, Generaliego, Welsha, Walbauma, Pinelesa i t. p.

Ciekawe są doświadczenia Hagenbacha; usuwał on u psów i kotów całą tarczycę razem z wewnętrznemi ciałkami przytarczycznemi, a pozostawiał zewnętrzne; w następstwie tego powstawał charakterystyczny obraz charłactwa (cachexia thyreopriva); tężyczki jednak nie było. Gdy zaś później usunął i zewnętrzne ciałka, ginęły zwierzęta w krótkim czasie na tężyczkę. Te doświadczenia są o tyle ważne, że wykazują, iż charłactwo (cachexia thyreopriva) nie rozwija się wyłącznie po usunięciu tarczycy, lecz prawdopodobnie stoi w związku z usunięciem lub uszkodzeniem gruczołów przytarczycznych. Za tem przypuszczeniem przemawia spostrzeżenie Erdheima, iż objawy takie, jak np. wypadanie lub psucie się (Brüchigwerden) zębów, włosów, paznokci, które spostrzega się w obrzęku śluzowatym i charłactwie tarczycznem, są także następstwem usunięcia ciałek przytarczycznych.

Pozostawienie jednego ciałka zapobiega wprawdzie pojawianiu się tężyczki, lecz nie chroni przed zejściem śmiertelnem. Wynika to z doświadczeń Walbauma i Chistensa, który zauważył u kozy po wycięciu tarczycy i pozostawieniu jednego ciałka, wystąpienie obrzęku śluzowatego po 6 miesiącach, a po 265 dniach nagle tężyczka z zejściem śmiertelnem.

Pomimo, że, jak powyższe doświadczenia bezwątpienia wykazują, gruczoły przytarczyczne posiadają odrębną czynność, różną od czynności tarczycy, to przecież z drugiej strony niektóre doświadczenia wskazują na to, że istnieje pewien związek między tarczycą a gruczołami przytarczycznymi. Gley np. zauważył, że po wycięciu tarczycy gruczoły przytarczyczne ulegają przerostowi, powiększają się, stają się nawet dwa razy większe od prawidłowych; fakt ten stwierdzili i inni autorowie. Według Gleya znaczy to, że gruczoły przytarczyczne są w warunkach prawidłowych zarodkową tkanką tarczycy, przerastając zaś, zamieniają się na gotową zróżniczkowaną tkankę tarczycy. W tym przypadku przerost bywa spowodowany objęciem czynności zastępczej przez gruczoły przytarczyczne. Ten pogląd Gleya upadł, okazało się bowiem, że nie zachodzi tu wcale zamiana gruczołów przytarczycznych w tarczycę. W związku z powyższem przypuszczeniem Gleya pozostawałby fakt, że podawanie wyciągów tarczycy ma usuwać tężyczkę, czyli niejako do pewnego stopnia zastąpić czynność ciał przytarczycznych. Lecz i ten fakt niezupełnie okazał się pewnym.

Inaczej zapatruje się na tę sprawę Rudinger; przypuszcza on mianowicie, że tarczyca i gruczoły przytarczyczne są wzajemnymi antagonistami, mianowicie przez usunięcie działania hamującego jednego gruczołu (tarczyca) w przypadku jego wycięcia, może drugi (ciała przytarczyczne) przerastać. W myśl tego przypuszczenia powinna też i tarczyca powiększać się po wycięciu ciał przytarczycznych, i tak też jest rzeczywiście, jak to wynika ze spostrzeżeń Luseny, Vassalea, Generaliego i Edmunda. Zapatrywanie Rudingera zdaje się popierać spostrzeżenia Moussu, że podawanie gruczołów przytarczycznych konia w obrzęku śluzowatym nie odnosi wyniku, natomiast dobrze działa w chorobie Basedowa. Opierając się na tem, przypuszcza Rudinger, że obrzęk śluzowaty jest właściwie wyrazem hyperfunkcyi ciał przytarczycznych, która objawia się po równoczesnem odpadnięciu czynności antagonisty, t. j. tarczycy.

Eppinger, Falta i Rudinger stwierdzili dalej, że tarczyca i układ chromochłonny (nadnercza) czynnościowo wspierają się. Objawem tego zaś będzie fakt, że po wstrzyknięciu adrenaliny nastąpi cukromocz i podniesienie ciśnienia. Objawów tych natomiast po wycięciu tarczycy nie zauważymy, gdyż naturalnie odpada wtedy działanie wspierające tarczycy, a przez to samo biorą przewagę hamujące wpływy gruczołów przytarczycznych. Gdy się zaś z tarczycą usunie równocześnie ciała przytarczyczne, wtedy po wstrzyknięciu adrenaliny wystąpi cukromocz i wzmożenie ciśnienia krwi. Z tego wynika, że działanie hamujące, które przeszkadza powstawaniu cukromoczu po usunięciu tarczycy, wychodzi z gruczołów przytarczycznych. Po ich usunięciu odpadają i wpływy hamujące.

Doświadczenia te, oraz teoretyczne rozumowanie doprowadza Rudingera do przekonania, że między tarczycą a gruczołami przytarczycznymi zachodzi wzajemny antagonizm.

Co się tyczy stosunku do układu współczulnego, to ci sami autorowie przypuszczają również działanie hamujące ciał przytarczycznych na nerw współczulny. Objaśniają to objawami, jakie zachodzą przy tężyczce. Prawidłowo dążą podrażnienia przez tylne czuciowe korzenie nerwowe rdzenia do komórek przednich rogów; te podrażnienia zostają przez wydzielinę ciał przytarczycznych tłumione. Jeśli np. tylne czuciowe korzenie zostaną przerwane, odpadają podrażnienia, przez co działanie hamujące bierze górę, powstaje zmniejszenie pobudliwości (Untererregbarkeit). Przy tężyczce ma się rzecz inaczej. Tutaj wpływów hamujących, które z ciał przytarczycznych wychodzą, niema, przez co podrażnienia, idące drogami czuciowemi, tak silnie naładowują komórki przednich rogów, że dochodzi do nagłego wyładowania, do stanu naddrażliwości (Übererregbarkeit), którego wyrazem jest napad tężyczki. To pojmowanie modyfikuje Biedl, opierając się na swych doświadczeniach. Mianowicie u psów z rdzeniem przeciętym na wysokości 6—8

kręgu piersiowego występują w czasie napadu tężyczki typowe kloniczne i toniczne drgawki kończyn przednich oraz silne napięcie (rigiditas) mięśni, w tylnych natomiast kończynach zauważa się tylko włókienkowe drgania mięśni, lub pojedyncze ich skurcze bez napięcia mięśni; właściwie zaś powinny i w tylnych kończynach występować te same objawy, co w przednich, gdyż łuk odruchowy dla tylnych kończyn po tem przecięciu rdzenia nie zostaje zniszczony. Na podstawie tego przenosi Biedl siedzibę stanu naddrażliwości z komórek przednich rogów do wyższych części, t. j. do mózgu.

I w stosunku działania na układ współczulny zachodzi antagonizm między tarczycą, a gruczołami przytarczycznymi; te hamują, jak wyżej wytłómaczono, układ współczulny, tarczyca natomiast wspiera go o tyle, iż w hypertyreoidyzmie stan drażliwości (Erregungs zustand) układu współczulnego jest wzmożony, w atyreoidyzmie zaś obniżony.

Z innego punku widzenia zapatrują się na antagonizm między tarczycą a ciałami przytarczycznemi Vassale i Generali. Według nich mianowicie mają gruczoły przytarczyczne stanowić narządy, niszczące substancye trujące, jakie wytwarza tarczyca. W jaki jednak sposób to się odbywa, nie wiadomo.

Usiłowania wytłómaczenia tej teoryi są, nie tłómaczą jednak istoty rzeczy. Tak np. Pfeiffer i Meyer przypuszczają obecność toksyny tężyczkowej we krwi chorych na tężyczkę; udało im się bowiem wywołać objawy tężyczki u zwierząt z częściową paratyreoidektomią przez wstrzykiwania surowicy zwierząt chorych na tężyczkę. Biedl znów stwierdził, że po obfitym upuście krwi i infuzyi zdrowej krwi nastąpiła poprawa stanu zwierzęcia chorego na tężyczkę. W ostatnich czasach Wiener próbował wykazać obecność jadu tężyczkowego w ten sposób, że przez wstrzykiwanie kotom surowicy zwierząt chorych na tężyczkę wytwarzał niweczniki — które wstrzyknięte chorym zwierzętom, leczyły je.

Inne tlomaczenie sposobu działania ciał przytarczycznych opiera się na spostrzeżeniach działania soli wapniowych na układ neuromięśniowy; sole wapniowe obniżają mianowicie jego pobudliwość. Za tem przemawia eksperyment Questa, który przez podawanie psom pożywienia, nie zawierającego soli wapnia, zdołał wywołać stan naddrażliwości nerwów ruchowych. Mac Callum i Vögtlin znaleźli u zwierząt z częściową paratyreoidektomią wzmożone ilości wapnia w moczu, Leopold zaś i Reuss mniejszą ilość ogólną wapnia w ustroju u szczurów tężyczkowych, niż u zwierząt kontrolnych. Na związek, jaki zachodzi między gruczołami przytarczycznymi a przemianą wapnia, naprowadziło Mac Calluma i Vögtlina to spostrzeżenie, że przez wstrzykiwania 5% roczyunu octanu lub mleczanu wapnia udało im się usunąć objawy tężyczki na przeciąg 24 godzin: przypuszczają więc oni, że ciała przytarczyczne są regulatorami przemiany wapniowej w ustroju. Po usunięciu gruczołów spada zawartość wapnia w tkankach częścią przez wzmożone wydzielanie soli, częścią przez niedostateczne wessanie: brak soli wapniowych może wywoływać drgawki mięśniowe. Zgadza się to w zupełności z wyżej podanemi doświadczeniami Questa. Sole wapniowe faktycznie zmniejszają i łagodzą czasowo objawy napadu tężyczkowego, lecz nie usuwają tężyczki zupełnie, t. zn. nie przedłużają życia, stąd też według Biedla tą teoryą nie da się w zupełności wytłomaczyć istoty tężyczki.

Jednem słowem znaczenie ciał przytarczycznych dla patologii człowieka nie jest jeszcze należycie wyjaśnione.

Podobnie też nie można zupełnie pewnie odnosić pewnych jednostek chorobowych, jak np. zmiękninia kości (osteomalacia), krzywicy, rzucawki porodowej, myotonii i myastenii, drżączki porażnej, zaniku postępującego mięśni i t. p. do zmian, jakie anatomopatologowie znajdują w gruczołach przytarczycznych, a przynajmniej z pewnemi zastrzeżeniami należy oceniać ewentualny związek, jaki może zachodzić między temi sprawami chorobowemi, a zmianami patologicznemi w gruczołach przytarczycznych. Na myśl istnienia związku między zmięknieniem kości i krzywicą a gruczołami przytarczycznymi naprowadził wpływ niezaprzeczony tych gruczołów na przemianę wapnia, wycięcie bowiem gruczołów przytarczycznych odbija się na budowie kośćca w ten sposób, iż układ kostny pozostaje bez wapna, względnie nowo tworząca się tkanka kostna ulega spóźnionemu i niezupełnemu zwapnieniu. Erdheim uważa te zmiany wprost za krzywicze. Podobnie też i kostnina, tworząca się po złamaniach kości u ludzi lub zwierząt z niedomogą gruczołów przytarczycznych, jest taka, jak w krzywicy. Zmiany jednakże anatomopatologiczne, jakie Erdheim i Schmorl znaleźli w gruczołach w przebiegu zmięknienia kości, były przeważnie bardzo nieznaczne, a powtóre zmiany te mogą też zdarzać się w gruczołach i w stanach prawidłowych bez zajęcia układu kostnego, nie wystarczają więc te spostrzeżenia do przyjęcia powyżej wspomnianego związku. Jeszcze mniej przynoszą nam badania gruczołów w przebiegu krzywicy, gdyż nie stwierdzają w nich prawie żadnych zmian anatomopatologicznych.

Co się tyczy stosunku gruczołów do tężyczki dzieci, to Escherich przyjmuje jako pewnik genezę paratyreoidealną tej choroby i tłomaczy, że zmiany w gruczołach są przyczyną tężyczki, przyczem jednak i krzywicy przypisują niejako rolę czynnika wywołującego lub ułatwiającego powstawanie sprawy chorobowej. Potwierdzają to anatomopatologowie, jak Erdheim i Yanase, którzy znajdowali w ciałkach przytarczycznych u dzieci, zmarłych na tężyczkę, wybroczyny lub zmiany po wybroczynach, na podstawie czego twierdzą, że te wybroczyny sprawiają usposobienie do tężyczki. Zdania tego nie podziela Lubarsch, który na podstawie swych badań, potwierdzających zresztą wyniki badań Erdheima, przyjmuje, że wybroczyny owe są natury drugorzędnej, że są one mianowicie następstwem drgawek i powstają tem łatwiej, iż same gruczoły przytarczyczne są delikatne i silnie unaczynione. Podobne zmiany w gruczołach stwierdza się w przypadkach rzucawki połogowej i tu również przyjąć należy zmiany te, jako następstwo samej sprawy chorobowej, mimo że Vassale utożsamia rzucawkę z tężyczką i uważa ją za wyraz hypofunkcyi gruczołów; opiera zaś swe poglądy na doświadczeniach na ciężarnych sukach, u których uszkodzenie gruczołów przytarczycznych wywołało silne objawy rzucawki, ustępujące po podaniu paratyreoidyny. Vassale miał też, jak podaje, stwierdzić u tych zwierząt, cierpiących na rzucawkę, te same zmiany w nerkach, jakie napotyka się w przypadkach rzucawki ludzkiej.

Wyżej przytoczone poglądy badaczy, są to wszystko wywody czysto teoretyczne. Opierając się bowiem na tem spostrzeżeniu, że brak czynności ciał przytarczycznych wiedzie do tężyczki, przyjmuje się mimowoli, że ewentualnie i zmiany anatomiczne, napotykane w gruczołach w przebiegu pewnych spraw chorobowych, muszą być przyczyną jej powstania. Czy tak jest istotnie, nie można na pewno powiedzieć. Z jednej strony bowiem trudno przypuścić, by tak nieznaczne zmiany anatomiczne, jakie stwierdzili badacze w gruczołach przytarczycznych, miały koniecznie sprowadzać obraz tężyczki czy rzucawki, który w całej pełni występuje zazwyczaj dopiero po zupełnem usunięciu gruczołów. Z drugiej zaś strony wiedząc, że drgawki są wyrazem silnego podrażnienia ośrodkowego układu nerwowego przez jakiś jad, który nie został w ustroju zobojętniony, nie możemy na pewno powiedzieć, czy jad ten, wywołujący obraz drgawek, jest zawsze w każdym przypadku jednego i tego samego pochodzenia, oraz czy jego działanie musi koniecznie ujawniać się drogą, wiodącą przez ciałka przytarczyczne.

Z drugiej znów strony trudno nie przyjąć pewnego związku między gruczołami przytarczycznymi a tężyczką ludzi, czy to występującą po operacyi wola, czy w czasie ciąży, czy nawet w przebiegu zaburzeń przewodu pokarmowego. We wszystkich tych razach objawy tężyczki są tak

podobne do tężyczki doświadczalnej u zwierząt, że mimo woli nasuwa się myśl o przyczynowym związku między nimi, a gruczołami przytarczycznymi. Ze względu zaś na to, że niejednokrotnie objawom tężyczki towarzyszą zmiany patologiczne gruczołów przytarczycznych, przyjmujemy, że wszystkie postacie tężyczki ludzkiej są niejako wyrazem hypofunkcyi, a raczej niedomogi (insufficientia) tych gruczołów. Do tej samej kategoryi zaliczają autorowie i tężyczkę, występującą w pewnych sprawach zakaźnych, np. w gruźlicy płuc, ile że w chorobie tej stwierdza się często objaw Chwostka (Facialis-phanomen), tak charakterystyczny dla tężyczki.

Co się tyczy innych spraw chorobowych, to prócz tężyczki uważa się jeszcze chorobę Thomsena (myotonia congenita), myoklonię i drżączkę poraźną (paralysis agitans) za wyraz hypoparatyreoidyzmu, gdy myotonia okresowa, myastenia rzekomoporaźna mają znów polegać na hyperfunkcyi gruczołów (hyperparathyreoidismus). Te zapatrywania są jednak tak bardzo hypotetyczne, że, jak dotąd, nie można nic pewnego orzec.

Falta i Kahn (z kliniki Noordena), którzy poddali studyom klinicznym tężyczkę ludzką ze szczególnem uwzględnieniem układu nerwowego wegetatywnego, dochodzą na podstawie swych badań do następujących wyników. Zdaniem ich objawy tężyczki polegają głównie na stanach naddrażliwości (Übererregbarkeit), względnie przedrażnienia (Übererregung) układu nerwowego. Siedzibą tej wzmożonej wrażliwości jest komórka zwojowa, skąd podrażnienie udziela się następnie całemu nerwowi. Główny udział w tem biorą nerwy obwodowe, choć i nerwy mózgowe mogą być też zajęte; prócz nerwów ruchowych i czuciowych także i nerwy układu wegetatywnego ulegają w ostrym okresie tężyczki naddrażliwości, która występuje po zadziałaniu czynników mechanicznych, jak np. prądu galwanicznego, a głównie chemicznych, jak adrenaliny i pilokarpiny.

Objawami wzmożonego podrażnienia ze strony narządów unerwionych przez układ wegetatywny, jakie w przebiegu tężyczki występują, są: wzmożona czynność serca, skurcze naczyniowe, które tłomaczyćby nam mogły hyperglobulię, obrzęki angiospastyczne, skurcze mięśni rzęskowych, wzmożone wydzielanie potu, śliny, łez, soku żołądkowego, soku gruczołów jelitowych, stany kurczowe żołądka, dalej przemijające leukocytozy, wreszcie zaburzenia w regulacyi ciepła i t. p. Istnieje dalej zaburzenie w przemianie białkowej (zwiększenie wydzielania NH_3 oraz peptyd N). W niektórych przypadkach pojawiają się bezpośrednio po ostrym okresie tężyczki objawy hypertyreoidyzmu. Na podstawie tych wyników wypowiada Falta przypuszczenie, że hormon ciał przytarczycznych w prawidłowych warunkach tłumi stan podrażnienia komórek zwojowych, kto wie, czy nie przez to, że ułatwia przyswajanie wapnia; przy niedomodze zaś gruczołów przytarczycznych, wywołanej różnymi czynnikami (zatrucia, zaburzenia przewodu pokarmowego i t. p.), następuje stan naddrażliwości.

Te badania Falty pozwalają wglądnąć nam we wpływ i znaczenie, jakie mają gruczoły przytarczyczne dla przemiany materyi. O tem też chcę parę słów wspomnieć. Jakież więc zaburzenia w przemianie materyi znaleziono, czy to u zwierząt, czy u ludzi po paratyreoidektomii? Już Morel Gley jakoteż Frankl Hochwart podnieśli, że jednym z głównych objawów po wycięciu gruczołów przytarczycznych oprócz tężyczki jest charłactwo, a Falta i Kahn, którzy zwracają również uwagę, że chorzy na przewlekłą tężyczkę mimo obfitego odżywiania stale opadają na siłach i tracą na wadze, przypisują to nie drgawkom samym, lecz poważnym zaburzeniom w przemianie materyi. Na to, że tak jest, wskazują badania ostatnich dwu lat. I tak Cooke stwierdził w swych doświadczeniach, że w każdym przypadku po paratyreoidektomii wydzielanie ogólnego N i NH_3 jest zwiększone, wobec czego przypuszcza on, że w warunkach prawidłowych ustrój wytwarza w przemianie materyi substancye natury kwaśnej, które hormon gruczołów przytarczycznych zobojętnia, w razie zaś jego braku używa do zobojętnienia soli wapnia i magnu. Morel w dalszym ciągu donosi, że w moczu zwierząt po wycięciu gruczołów przytarczycznych dają się wykazać wzmożone ilości N ogólnego, wzmożenie N amoniaku, wzmożone wydzielanie Ca, Mg i S, zmniejszone wydzielanie mocznika, obecność kwasu mlecznego, we krwi zaś zwiększona zawartość amoniaku, jednem słowem stwierdza się zjawiska acydozy. Przy tem wszystkiem przemiana cukru gronowego jest upośledzona. Morel przyjmuje więc acydozę jako zjawisko istotne dla paratyreoidektomii. Zauważył również, iż psy, które po operowaniu gruczołów przytarczycznych giną po dziewięciu dniach, utrzymać można przy życiu do 20 dni, jeśli się zmniejsza acydozę odpowiednimi środkami, przeciwnie zaś giną wcześnie, bo już po dwu dniach, jeśli się zwiększy acydozę.

Falta i Kahn streszczają wyniki badań swych nad przemianą materyi u ludzi i psów chorych na tężyczkę w następujący sposób: Co się tyczy przemiany białka, to zachodzi zwiększony rozpad białka z zaburzeniami w jego przemianie, co się objawia zwiększonem wydzielaniem NH_3 tak względnego, jakoteż i bezwzględnego i azotu peptydowego, natomiast N aminokwasów jest prawidłowy; to mamy w ostrym okresie tężyczki. Po przeminięciu tego okresu wracają wartości N peptydowego do poziomu prawidłowego, natomiast N amoniaku jeszcze dłuższy czas wydziela się w ilościach zwiększonych. Te zaburzenia należy uważać jako stany przedrażnienia wątroby.

Co się tyczy przemiany węglowodanów, to Falta i Kahn stwierdzają, że u ludzi działanie adrenaliny, wywołujące cukromocz, ujawnia się zazwyczaj po ostrym okresie tężyczki: badanie zaś w kierunku cukromoczu pokarmowego daje u ludzi wyniki ujemne. Co się wreszcie tyczy przemiany wapnia, to Falta i Kahn stwierdzają fakt, zresztą znany, t. j. wzmożone wydzielanie wapnia.

Te zaburzenia przemiany materyi, dające się stwierdzić po paratyreoidektomii, tłomaczą nam wystarczająco także charłactwo ludzi chorych na tężyczkę, a pozwalają nam na wnioski, zmierzające do wyjaśnienia wpływu gruczołów przytarczycznych i na czynność wątroby i jej fermentów. Ten fakt np., że po paratyreoidektomii w tężyczce znajdujemy dużą ilość peptydów, nawet pięciokrotnie przewyższającą wartości prawidłowe, świadczyć może o tem, że w następstwie tężyczki powstają zaburzenia w czynności fermentów wątroby w mniejszym lub większym stopniu.

Spostrzeżenie inne, mianowicie, że po paratyreoidektomii przyswajanie cukru jest w znacznym stopniu upośledzone, przemawiałoby też za tem, że gruczoły przytarczyczne obok innych (tarczyca, przysadka) swoim hormonem przyczyniają się w związku z wielu innymi fermentami, produkowanymi przez wątrobę, do syntezy tak skomplikowanej cukru z białka i tłuszczu, a wiadomą jest rzeczą, że głównem miejscem wytwarzania cukru jest wątroba. Brak więc hormonu przytarczycznego tłomaczyłby nam upośledzenie syntezy cukru i, co za tem idzie, objawy zaniku i chery, spostrzeganych u chorych.

Hypotezę wpływu gruczołów przytarczycznych na wątrobę zdaje się potwierdzać jeszcze jedno spostrzeżenie, mianowicie zmniejszone wydzielanie mocznika, który głównie wytwarza się również w wątrobie. Dla wyjaśnienia tej sprawy pozwolę sobie zwrócić uwagę na badania Frouina. Autor ten znalazł mianowicie obok zwiększonego wydzielania NH_3 także wzmożone wydzielanie kwasu karboaminowego w moczu, co więcej, po podaniu 3—4 gr karbaminianu sodu, zdołał już w 24—48 godzin po usunięciu tarczycy z gruczołami przytarczycznymi wywołać typową tężyczkę. Podanie zaś równoczesne karbaminianu sodu ze solą wapniową, tężyczki nie wywoływało. Wobec tego Frouin uważa tężyczkę za zatrucie kwasem karbaminowym. I zdaje się, że to tłomaczenie wiedzie nas do celu, choćby z uwagi na to, iż związki amoniaku znane są jako substancye, wywołujące drgawki; w każdym razie tłomaczenie to

rzuca światło na tworzenie się mocznika w wątrobie. Jak powszechnie przyjmujemy, w myśl badań Nenckiego, Drechslera, Schmiedeberga, mocznik tworzy się w wątrobie z węglanu amonu, który jest jednym z pierwszych wytworów rozpadu białka; z węglanu amonu $C{=}O \genfrac{}{}{0pt}{}{/ONH_4}{\backslash ONH_4}$ przez odciągnięcie drobiny wody powstaje karbaminian amonu $C{=}O \genfrac{}{}{0pt}{}{/NH_2}{\backslash O(NH_4)}$, z którego przez dalsze odciąganie wody tworzy się mocznik $C{=}O \genfrac{}{}{0pt}{}{/NH_2}{\backslash NH_2}$ Przypuścić więc można, iż przy braku gruczołów przytarczycznych tworzenie się mocznika jest upośledzone, jest niezupełne, gdyż część znaczna pozostaje jako karbaminian amonu, który z powodu braku fermentu odpowiedniego nie zmienia się w mocznik, lecz jako taki dostaje się do krążenia i następnie wydziela się; a karbaminian amonu znany jest jako trucizna, wywołująca drgawki. Karbaminian amonu poza ustrojem rozkłada się łatwo na 2 drobiny amoniaku i drobinę CO_2; nie jest więc rzeczą niemożliwą przypuścić, że tensam rozkład może odbywać się i w ustroju żywym; doprowadzenie zaś soli wapniowych, które działają łagodząco na drgawki tężyczkowe, sprawia, że karbaminian amonu, łącząc się z wapniem, zamienia się na karbaminian wapnia, który jest nieszkodliwy, nietrujący.

Zmniejszenie wydzielania mocznika można tłómaczyć sobie także w sposób inny, mianowicie zatruciem kwasami, acydozą, która, jak wspomniałem, jest jednym z objawów tężyczki.

Przy zatruciach kwasami (acydozie), jak wiemy, amoniak ustroju, który wytwarza się w wzmożonej ilości, zostaje użyty w celu zobojętnienia kwasów. Podobnie i w tężyczce proces ten możemy przedstawić sobie w ten sposób, iż kwasy odbierają niejako amoniak węglanowi amonu, przez co naturalnie nie może się z niego tworzyć karbaminian amonu, a tembardziej mocznik. Przy tym procesie prawdopodobnie zostaje odszczepiona jedna drobina NH_3, wskutek czego pozostaje dwuwęglan amonu $C{=}O \genfrac{}{}{0pt}{}{/O(NH_4)}{\backslash OH} = (NH_4)HCO_3$, który następnie łączy się ze sodem chlorku sodowego krwi, podczas gdy NH_4 z chlorem jako salmiak zostaje wydzielany.

$(NH_4)\ HCO_3 + NaCl = (NH_4)\ Cl + NaHCO_3$. Przez to osiąga się to, że powstaje dwuwęglan amonu, który nie ma działania wywołującego drgawki, a prócz tego węglan sodu przyczynia się do wzmożenia zasadowości krwi. Kto wie zresztą, czy oba te procesy, t. j. utrudniona zamiana karbaminianu w mocznik pod wpływem braku odpowiedniego fermentu, jakoteż i działanie acydozy nie przyczyniają się wspólnie do zmniejszonego wydzielania mocznika.

Chcę jeszcze wspomnieć kilka słów o stosunku gruczołów przytarczycznych do tarczycy samej. Jak już wyżej mówiłem, przyjmuje nauka pewien związek między tymi gruczołami, opierając się na spostrzeżeniach np. takich, że po wycięciu tarczycy następuje przerost gruczołów przytarczycznych i naodwrót, a przedewszystkiem na tem, że podawanie wyciągu tarczycy usuwa lub łagodzi objawy tężyczki po paratyreoidektomii i naodwrót, czyli działa leczniczo.

Związek ten może jest istotniejszy, bo, jeśli rozważymy go z punktu widzenia przemiany materyi, znajdziemy zaburzenia wspólne dla obu narządów. W pewnych warunkach daje się spostrzegać po paratyreoidektomii występowanie objawów, charakterystycznych dla choroby Basedowa, krótko mówiąc hypertyreoidyzmu, na co zresztą zwrócili uwagę Falta i Kahn. Razem z tem spostrzegamy i zaburzenia w przemianie materyi, właściwe dla hypertyreoidyzmu: a więc przedewszystkiem wzmożony rozpad białka, ujawniający się zwiększeniem wydzielanego N, jakoteż i rozpad tłuszczu, ujawniający się znów widocznem chudnieniem. To byłyby wspólne zaburzenia; inne zaś, jak wzmożone wydzielanie NH_3, wzmożona zawartość NH_3 we krwi, zmniejszone wydzielanie U, zwiększenie produktów niezupełnego rozpadu białka, wogóle objawy acydozy, nawet kwas mleczny, przytem zwiększone wydzielanie Ca i Mg oraz obecność kwasu karbaminowego, byłyby — to zaburzenia, właściwe tylko brakowi gruczołów przytarczycznych. Te powyższe wspólne zaburzenia, jakoteż pewne zjawiska, świadczące o zaburzeniach w przemianie węglowodanów, a więc cukromocz po adrenalinie, upośledzone przyswajanie cukru — zjawiska może nie tak wyraźnie występujące, jak przy hypertyreoidyzmie — pozwalałyby nam na przypuszczenie, że istnieje nadmierna czynność tarczycy w przebiegu tężyczki, jeśli nie stała i ciągła, to przynajmniej okresowa, i kto wie, czy napad tężyczki nie jest zależny od zmian lub wahań w czynności wydzielniczej tarczycy w tem znaczeniu, że chwilowe zmniejszenie tej czynności mogłoby być czynnikiem wywołującym napad, zaś wzmożenie jej usuwać napad. Przez to przypuszczenie byłoby zrozumiałe zjawisko hypertyreoidyzmu w czasie napadu i po nim, spostrzegane przez Faltę i Kahna i innych autorów. To, co powiedziałem o tarczycy, odnosi się poczęści i do przysadki, której przerastanie po paratyreoidektomii również zauważono.

Wszystkie powyżej przytoczone zaburzenia w przemianie materyi, właściwe dla paratyreoidektomii, przemawiają, ogólnie biorąc, za tem, że hormon gruczołów przytarczycznych jest natury asymilacyjnej, gdyż zjawiska braku jego mają charakter dyssymilacyjny.

Ostateczne więc tłomaczenie działania tego hormonu byłoby następujące: Hypotetyczny hormon gruczołów przytarczycznych wywierałby działanie hamujące na komórki zwojowe względnie rdzeń, zmniejszenie się zaś jego, względnie brak miałyby powodować nieprawidłowe naładowanie się tych komórek energią. Jeśli zaś w tej hypotezie uwzględnimy wpływ tego hormonu na przemianę wapnia, to powiemy, że brak tego hormonu asymilacyjnego wiedzie do utraty wapnia w komórkach zwojowych i, co za tem idzie, do stanów przedrażnienia, czyli drgawek.

Na zakończenie niniejszego sprawozdania chciałbym jeszcze wspomnieć o jednym szczególe: Skopolamina, środek do atropiny bardzo podobny, wywołuje silne zmniejszenie ilości mocznika. Możemy więc przypuścić, że atropina, która, jak wiadomo, poraża układ nerwowy autonomiczny, działa porażająco na czynność wydzielniczą ciałek przytarczycznych. Po usunięciu bowiem tarczycy, jak wiadomo, pojawia się cukromocz adrenalinowy tylko wtedy, gdy równocześnie zadziała się atropiną; to samo wystąpi po usunięciu gruczołów przytarczycznych. Eppinger, Falta i Rudinger przypuszczają więc, że w tym przypadku przez paratyreoidektomię odpada działanie hamujące ciałek przytarczycznych na układ współczulny. Jest to możliwe, jak również możliwem jest, że hormon przytarczyczny zobojętnia w jakiś sposób działanie adrenaliny. W każdym razie atropina, która działa porażająco na układ autonomiczny, sprawia to samo, co usunięcie gruczołków. Ten fakt wprawdzie nie udowadnia, lecz czyni prawdopodobnem przypuszczenie, że upośledzenie tworzenia się mocznika pod wpływem atropiny polega na porażeniu ciałek przytarczycznych.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Cipollina. **Uwagi o własnym odczynie, wykazującym nadmiar HCl w soku żołądkowym.** (Riforma med. Nr 29, 1912). Dodając do wodnego rozczynu aniliny rozczyn podchlorynu wapnia lub sodu, otrzymuje się bardzo wybitne zabarwienie fioletowe; jeżeli się zaś zniesza $^1/_2$ cm^3 wodnej aniliny

z 2 cm^3 HCl, w roztworze wyższym niż 2‰, i jeżeli następnie dodamy 4—5 kropel podchlorynu sodu, powstaje piękne zabarwienie ametystowe, a płyn zatrzymuje swą przejrzystość (zabarwienie A). Jeżeli ten sam odczyn powtórzymy z roztworem kwasu solnego, niższym niż 1·3‰, a wyższym niż ¼‰, otrzymujemy barwę czerwono fioletową, która szybko przechodzi w żółtą, a płyn mętnieje. (zabarwienie B). Używając zaś roztworu HCl niższego niż ¼%, dostajemy barwę ciemno-fioletową (zabarwienie C). Stosunek ilościowy roztworu aniliny do płynu badanego co do HCl, powinien być 1:4, kupny zaś roztwór podchlorynu sodu należy rozcieńczyć 4—5 razy. Próby te dały taki sam wynik przy badaniu HCl w soku żołądkowym. Wprawdzie odczyn ten dają i inne kwasy, między nimi i kwas mleczny, musiałby on jednak być w zgęszczeniu większem, niż 5‰. Ponieważ zaś nadto większe ilości HCl i kwasu mlecznego nie znajdują się równocześnie w soku żołądkowym, więc wynik tego odczynu należy odnieść do kwasu solnego, jeżeli go w soku żołądkowym wogóle stwierdzono. Jako posiłku próbnego używa C. 200 gr. gotowanych ziemniaków, obficie posolonych i 200 gr. białego wina, rozcieńczonego wodą w stosunku 1:3. Sam odczyn trwa 2—3 minuty. Dr T. T.

Libertini. **O oznaczaniu wydzieliny trzustkowej przez miareczkowanie fermentu amylolitycznego, znajdującego się w kale.** (Riforma medica Nr 28, 1912). Już przed kilkudziesięciu laty odkrył Valentin w kale amylazę, której ilość waha się w szerokich granicach nawet w warunkach prawidłowych; niektórzy twierdzą, że trzustka stosuje się w wytwarzaniu swych fermentów pod względem ilościowym do rodzaju pokarmów, czemu jednak inni przeczą. W ostatnich czasach zwrócono się do ilościowego oznaczenia amylazy, zawartej w kale, aby w ten sposób ocenić sprawność wydzielniczą trzustki. Liczne sposoby, podane w tym celu, mają wspólną zasadę, a mianowicie oznaczają ilość amylazy z ilości cukru, wytworzonego ze skrobi pod wpływem zaczynu diastatycznego kału. Najwięcej zalet ma sposób Enriquez-Ambard-Bineta. Polega on na sporządzeniu 1% roztworu wodnego skrobi, który zagotowuje się aż do zupełnego wyjaśnienia i zniknięcia grudek. Po oziębieniu zakwasza się go $^1/_{10}$ n HCl w stosunku 2 cm^3 kwasu na 100 cm^3 roztworu skrobi. Następnie do 50 cm^3 roztworu zakwaszonego dodaje się 1 cm^3 rozpuszczonego kału; po ½ godzinnem ogrzewaniu w cieplarce o 39·5° C. wstrzymuje się fermentacyę przez dolanie 2—3 kropli zgęszczonego roztworu sody i miareczkuje się wytworzony cukier płynem Fehlinga. Dzień przed doświadczeniem pozostaje chory na dyecie mlecznej, a w dniu doświadczenia dostaje na przeczyszczenie. Za jednostkę, oznaczającą wartość amylolityczną, uważają ilość cukru, wytworzonego w jednej godzinie przez całą ilość fermentu, zawartą w otrzymanym kale (L'unita zucchero-grammo-ora). L. posługiwał się tym samym sposobem dla oznaczenia sprawności amylolitycznej trzustki w rozmaitych stanach chorobowych i doszedł do następujących wyników. W przypadkach cukrzycy ilości amylazy są niższe od prawidłowych, lub prawidłowe, a czasem nawet nie większe, zależnie, czy przebieg był ciężki, czy też lżejszy. Na tej podstawie twierdzi L., że tylko ciężkie zmiany anatomiczne upośledzają zewnętrzne wydzielanie trzustki, natomiast w lżejszych przypadkach zdrowe części działają zastępczo za części chore, wytwarzając prawidłową lub większą ilość zaczynów. Przy nadmiernej kwaśności soku żołądkowego wartość amylolityczna kału wcale nie była większa od prawidłowej, a często nawet mniejsza; natomiast przy zmniejszonej kwaśności soku żołądkowego znajdował L. wartości prawidłowe, raz nawet większą. Zasługuje to o tyle na uwagę, że HCl uchodzi za czynnik, pobudzający wydzielanie trzustki. W przebiegu wysięków opłucnych ilość amylazy była zmniejszona, co się tłomaczy skąpym i mało wodnistym stolcem, ponieważ ilość fermentu amylolitycznego kału stoi w prostym stosunku do ilości płynu biegunkowego. Przy tej metodzie, podobnie zresztą jak i przy innych, trzeba pamiętać, że nie uwzględnia ona tej drobnej części zaczynu diastatycznego, która pochodzi częścią z produktów bakteryjnych, częścią z żółci, częścią z gruczołów jelita cienkiego i grubego, wreszcie i ptyalina może napowrót odzyskać swą czynność w jelicie, pod wpływem nawet bardzo drobnych ilości amylazy. Ponieważ zaś zdrowy miąższ trzustkowy może objąć czynność zastępczą za część chorą, dlatego prawidłowa, lub prawie prawidłowa czynność amylolityczna kału tylko z pewnem prawdopodobieństwem przemawia za niezmienioną czynnością wydzielniczą trzustki. Bardzo nizkie wartości diastatyczne kału pozwalają natomiast prawie na pewno rozpoznać upośledzenie czynności wydzielniczej trzustki, względnie zamknięcie jej przewodów. Dr T. T.

Credé. **O nowym środku przeczyszczającym, działającym ze wstrzykiwań podskórnych i śródmięśniowych.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 52). Nowy preparat »sennatin«, otrzymany z liści senesu, zawiera wszystkie skuteczne ich składniki i działa wstrzyknięty podskórnie lub śródmięśniowo znakomicie przeczyszczająco. Jest to płyn barwy ciemnej. Stosuje się go w dawkach do 5 gr., średnio 2—3 gr. Dawka kosztuje 25 fenigów. Po 3—4 godzinach pełny skutek, nieraz nawet trwały. Zwłaszcza cenne usługi oddaje ten środek przy zapaleniu otrzewnej, po operacyach brzusznych i t. p. Środek ten przechowywać należy szczelnie zamknięty i w zimnie. A.

Prof. Busquet. **O wzajemnej zależności przewodu pokarmowego i narządu krążenia.** (Le monde méd. 1912 Nr 461). Wypełnienie żołądka pokarmami wywołuje utrudnienie ruchów przepony i ucisk na serce. Krążenie w żyłach doprowadzających krew do serca jest utrudnione, a w następstwie powstają nawały krwi do głowy. Nadto wypełnienie przewodu pokarmowego wywołuje ucisk na naczynia, a zwłaszcza na aortę i podniesienie parcia tętniczego. U chorych na serce wypełnienie przewodu pokarmowego zwiększa pracę serca i dlatego poleca się częste, a nie obfite przyjmowanie pokarmu. Część składników żółci wydzielanej podczas trawienia dostaje się do obiegu krwi i wskutek działania bilirubiny i glikocholanu sodowego wywołuje zwolnienie tętna, a nadto działa zwężająco na naczynia krwionośne. Według Baylissa i Starlinga sekretyna wywołuje spadek ciśnienia.

Oprócz powyższych dróg istnieje wzajemne oddziaływanie narządu trawienia i narządu krążenia za pośrednictwem układu nerwowego. Przedewszystkiem odbywa się ono na drodze odruchowej. I tak zdarza się uczucie bicia serca i skurcze dodatkowe (extrasystole) przy zaburzeniach przewodu pokarmowego. Na tej drodze powstaje zwolnienie tętna, poprzedzające wymioty i nudności przy różnych cierpieniach w przewodzie pokarmowym, i to dało pomysł do leczniczego zastosowania środków wymiotnych w napadowem biciu serca i w chorobie Basedowa (Stokes, Dieulafoy, Merklen, Savy). Bodźce, wychodzące z przewodu pokarmowego, wywołują zwężenie naczyń i wzmożenie parcia w tętnicach płucnych, zmniejszenie powierzchni utleniania i objawy duszności. Oprócz odruchowego działania nerwowego, także i ośrodki wzajemnie na siebie oddziałują. I tak u człowieka stan czynny ośrodka dla połykania działa hamująco na ośrodek oddechowy i ośrodek naczynioruchowy, czego następstwem jest u niektórych osób zwolniony oddech i przyspieszenie tętna przy akcie połykania, a zwłaszcza u niektórych chorych, dotkniętych napadowem przyspieszeniem akcyi serca. Dr Blassberg.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 18. XII. 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 40.

Na posiedzeniu tem dokonano wyborów na r. 1913, wybierając zgodnie z wnioskiem komisyi przedwyborczej następujący zarząd, komisye i delegacye Towarzystwa:

Prezes: Dr Tomasz Janiszewski (ponownie).

Wiceprezes: Prof. Dr Franciszek Nowotny.

Redaktor »Przeglądu lekarskiego«: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski, administrator »Przeglądu lekarskiego«: Dr Bruno Wojciechowski (obaj ponownie na trzy lata), członkowie komisyi redakcyjnej: Dr Maksymilian Blassberg, r. dw. Prof. Dr Tadeusz Browicz, Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz, Prof. Dr K. W Majewski, Prof. Dr Maksymilian Rutkowski (wszyscy ponownie na rok).

Sekretarz doroczny: Dr January Zubrzycki.

Komisya rewizyjna: r. Dr Tymoteusz Piotrowski i Dr Eliasz Stahr.

Przewodniczący komisyi przemysłowo-lekarskiej: Prof. Dr Erwin Mięsowicz.

Delegaci do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich: Prof. Dr Browicz i Prof. Dr Ciechanowski.

Delegat do komisyi kontrolującej Towarzystwa lek. galic.: Prof. Dr Ciechanowski.

Delegaci na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lek. galic.: 1) Dr Akerman, 2) Prof. Dr Cybulski, 3) Prof. Dr Ciechanowski, 4) Dr Damski, 5) Prof. Dr Dobrowolski, 6) Prof. Dr Kostanecki, 7) prym. Dr J. Landau senior, 8) Prezydent Dr Schöngut, 9) Dr Surzycki, 10) Dr Kwaśnicki, 11) r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz, 12) Dr T. Janiszewski. Zastępcy delegatów: 1) Prof. Dr Bochenek, 2) Dr Berezowski, 3) Prof. Dr Reiss, 4) prym. Dr Z. Wachtel senior.

Urzędy skarbnika, gospodarza, sekretarza stałego i bibliotekarza, wybranych na kadencye trzechletnie, nie podlegały w tym roku wyborom.

Sekretarka: Dr A. Markowa.

Posiedzenie z d. 15. I. 1913.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, sekretarz Dr Zubrzycki. Obecnych członków 35.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. Dr Rosenhauch przedstawia w zastępstwie Prof. Wicherkiewicza chorego, którego w maju 1912 cielę uderzyło rogiem w lewe oko. Badanie wykazało: górą bliznę łukowatą w twardówce, regularną szczelinę (coloboma) w tęczówce oraz brak soczewki; źrenica i szczelina w tęczówce czarne, dno prawidłowe, napięcie gałki prawidłowe, a bystrość wzroku $^6/_6$ po odpowiedniej korrekcyi zapomocą szkieł wypukłych. Zblizka chory czytał najdrobniejszy druk.

W dyskusyi zabiera głos Prof. Dr Majewski, który przytacza przypadek, jaki przed kilku laty spostrzegał i ogłosił w »Nowinach lekarskich«. U kobiety, okazującej na obu oczach znaczny stopień hypermetropii, silny uraz w oko kawałkiem drzewa wywołał zwichnięcie soczewki ku przodowi. Takie przesunięcie soczewki w oku podnosi zawsze jego siłę refrakcyjną, a w tym przypadku wzrost refrakcyi wynosił prawie dokładnie tyle dyoptryi, ile wynosiła hypermetropia oka, polegająca, jak wiadomo, na niedoborze refrakcyi. Dzięki temu uraz sprawił optyczne wyrównanie wady refrakcyi, a tem samem znaczną poprawę wzroku. Oko uszkodzone widziało po wypadku lepiej, niż poprzednio, i lepiej, niż oko drugie, któremu do osiągnięcia pełnej bystrości potrzeba silnego szkła wyrównawczego. Zauważyć jednak należy, że los oka ze zwichniętą soczewką nigdy nie jest pewny, prędzej lub później bowiem mogą wystąpić groźne dla wzroku powikłania.

Prof. Dr Braun wspomina o analogicznym przypadku zwichnięcia obu soczewek u chorej z zaćmą, która dzięki temu wzrok odzyskała.

3) Prof. Wróblewski jako gość wygłosił wykład: **O kooperatywach.**

4) Nastąpiły doroczne sprawozdania Zarządu Towarzystwa.

a) Dr Damski, jako sekretarz stały, odczytuje następujące **sprawozdanie z czynności Towarzystwa w roku 1912.**

»Zadaniem mojem jest złożyć Szanownym Kolegom w imieniu Zarządu ogólne sprawozdanie za rok ubiegły, gdyż szczegółowe przedstawią koledzy, zawiadujący poszczególnymi działami administracyi. Otóż z pewną dumą zaznaczam, że rok ubiegły wykazuje pewien postęp w dziedzinie naukowej. Było więcej odczytów, więcej demonstracyi, liczba członków czynnych zwiększyła się, udział w posiedzeniach był żywszy, gdyż młodsi koledzy poczęli współdziałać w pracach Towarzystwa; ale znowu tak, jak od lat wielu, tak samo w roku minionym poza posiedzeniami naukowemi cisza zalegała ten dom, który powinien przecież skupiać lekarzy jako kolegów w miłe grono dla swobodnego towarzyskiego pożycia i wymiany zdań w wielu sprawach, nie mieszczących się w ramach statutu i regulaminu. Składając więc sprawozdanie z ruchu naukowego, nadmieniam, że odczytów było 25 (r. z. 20) na 26 posiedzeniach, a to z medycyny wewnętrznej 3, chirurgii 2, chemii 2, okulistyki 1, ginekologii 1, neurologii i psychopatologii 4, bakteryologii 3, biologii 1, higieny 1, anatomii patologicznej 2, balneologii 5, patologii ogólnej 1. Odczyty z medycyny wewnętrznej, balneologii, psychopatologii i chirurgii były tak zestawione, że stanowiły pewien całokształt tematu. Demonstracyi było 65 (w r. z. 55) najwięcej, jak zwykle, z chirurgii (24), z medycyny wewnętrznej 3, okulistyki 3, ginekologii 2, psychopatologii 10, bakteryologii 4, anatomii patol. 8, chorób skórnych 8, otyatryi 3. Liczba członków biorących udział w posiedzeniach dochodziła niekiedy do 100, — najmniej bywało po trzydziestu kilku. Towarzystwo nasze nawiązało ściślejsze stosunki z Towarzystwem technicznem, aby wspólnie pracować nad doniosłemi zagadnieniami asanizacyi Krakowa. W komisyi sanitarno-technicznej zasiada prezes Towarzystwa lekarskiego.

Śmierć zabrała nam trzech honorowych członków, wybitnych postaci świata lekarskiego. I tak straciliśmy kochanego i szanowanego Profesora Dr Stopczańskiego, Prof. Dr Kadyia, znakomitego anatoma lwowskiej wszechnicy, i protomedyka Dr Józefa Merunowicza, który przez ćwierć blizko wieku kierował sprawami sanitarnemi naszego kraju. Z członków czynnych zmarło 2 (Warzycki, Gertler). Pamięć pierwszych, jak i drugich, uczciło nasze Towarzystwo w odpowiedni sposób.

Obecnie liczymy 214 czynnych członków (w r. 1911 203), honorowych 38, korespondentów 48.

Ze spraw ogólnej natury wspomnieć należy, że uczciliśmy adresem niespożyte zasługi Prof. Dr Ignacego Baranowskiego, założyciela Towarzystwa naukowego warszawskiego, jakoteż 50-lecie Szkoły Głównej w Warszawie. W czerwcu gościliśmy Zjazd lekarzy rządowych z całej Austryi, a w grudniu odbył się Zjazd neurologów polskich. Międzynarodowy Zjazd esperantystów w lipcu zgromadził w Domu naszym kilkudziesięciu lekarzy z różnych stron świata, którzy wygłosili kilkadziesiąt odczytów, ogłoszonych potem w czasopismach esperanckich Braliśmy przez delegacyę udział w uroczystości 250. rocznicy założenia polskiej wszechnicy we Lwowie, wydając nadto pamiątkowy »Rocznik lekarski«. — »Przegląd lekarski« oprócz pamiątkowych zeszytów, wydanych przy tych sposobnościach, umieścił w łamach swoich historyczną wzmiankę o pięćdziesięcioleciu Towarzystwa lekarskiego w Lublanie.

Posiedzeń komitetu, głównie dla spraw administracyjnych, odbyło się 12, a z ważniejszych uchwał wymienić należy zlanie się komisyi bojkotowej z komisyą przemysłową pod nazwą balneologiczno-przemysłowej, dalej zmianę § 11 regulaminu, uwalniającą lekarzy wojskowych, wpisujących się do naszego Towarzystwa, od balotowania. Dalej wspomnieć należy o rezygnacyi Prof. Dra Glińskiego, jako redaktora Kalendarza lekarsk. i o objęciu redakcyi

przez kol. Dra Klęska, wreszcie o wydaniu opinii, sprzeciwiającej się wydzierżawieniu Krynicy.

Inwentarz nasz zbogacił się przez zakupno przyrządu projekcyjnego, bardzo przydatnego przy demonstracyach.

Ponieważ Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich w roku ubiegłym nie odbyło się, więc Zarząd nie może złożyć w tym względzie sprawozdania«.

b) Bibliotekarz Dr Blassberg zdaje sprawę ze swej czynności i stanu biblioteki.

»Do inwentarza i katalogu bibliotecznego wciągnięto w roku 1912 1451 dzieł i 27 wydawnictw peryodycznych oraz czasopism tak, że dnia 31. grudnia 1912 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 10 248 dzieł i 566 wydawnictw peryodycznych. Ruch biblioteczny był żywszy, niż w latach ubiegłych. W ciągu 1912 r. wypożyczono z biblioteki książek lub pism 319 (w roku 1911 229), zwrócono 238, zostaje zaległych 81. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 34 książek lub czasopism. Liczba członków, korzystających z biblioteki, wynosiła w roku 1912 62. Płatny pomocnik bibliotekarza był stale czynny przez jedną godzinę dziennie. Godziny urzędowe były codziennie od 12—1 w południe.

Dary: Szczególniejszą i niesłabnącą opieką otaczał bibliotekę, jak zawsze. Prof. Dr Ciechanowski. Oprócz tego otrzymała biblioteka w b. r. znaczniejsze dary w książkach od PP. Prof. Dobrowolskiego, Dr Grzybowskiego, Eichhorna, Mączki i Surzyckiego, oraz Radcy Dworu Prof Wicherkiewicza z Krakowa, jakoteż Dr Heimanna i Jaworskiego z Warszawy.

Stan podręcznej kasy bibliotecznej przedstawia się, jak następuje: Pozostałość kasowa z r. 1911 10·92 kor., uzyskano ze sprzedaży dubletów 183·64 kor., Dr Budzyński z Jaworzna ofiarował 2·10 kor. Suma dochodów 196·66 kor. Rozchód 157·62 kor Pozostałość na r. 1913 39 kor. 4 hal. Rozchodu użyto częścią na zakupno, częścią na skompletowanie następujących czasopism: Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, Ärztliche Standeszeitung, Berliner klinische Wochenschrift, Bulletins de la Société de pediatrie, Gynäkologische Rundschau, Jahrbuch für Kinderheilkunde, Medizinische Klinik, Monatsschrift für Kinderheilkunde, Presse medicale, Wiener mediz. Wochenschrift«.

c) Dr Akerman składa sprawozdanie jako skarbnik.

d) Dr Wojciechowski zdaje sprawę z administracyi »Przeglądu lekarskiego«.

e) Dr Seńkowski zdaje sprawę z zarządu »Domem lekarskim«.

Na wniosek komisyi kontrolującej udzielono absolutoryum ustępującemu Zarządowi.

Sekretarz: Dr Zubrzycki.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

(Dokończenie).

Prof. Dr Piltz (Kraków) podaje szczegółowy **opis** nowozbudowanej **kliniki dla umysłowo i nerwowo chorych w Krakowie,** przy której budowie uwzględniono najnowsze wymogi techniki budownictwa psychiatrycznego. Zbudowana jest ona systemem pawilonowo-blokowym; znajduje się w samem mieście, w pobliżu innych klinik; mieszkanie dyrektora mieści się w oddzielnym pawilonie, stanowiącym całość z terytoryum kliniki; mieszkania lekarzy-asystentów przeznaczone są i dla ich rodzin. Wprowadzone zostały do kliniki i oddziały pensyonarskie, które przyczynią się niewątpliwie do podniesienia znaczenia kliniki jako instytucyi społecznej, jakoteż i dla nauki, umożliwiając badanie materyału, niełatwo dostępnego w zwykłych warunkach, a wreszcie w znacznym stopniu obniżą koszta utrzymania kliniki. Odpowiednio urządzone pracownie (dwie anatomiczne, fizyologiczna, psychologiczna, chemiczna, serologiczna, mikrofotografia), jakoteż całkowite urządzenie specyalne do leczenia fizycznego stanowią zasoby leczniczo-naukowe nowej kliniki. Odczyt dopełniały pokazy planów kliniki.

W dyskusyi zabierają głos: Dr Chłapowski, który ilustruje stosunki w zakresie szpitalnictwa w Księstwie Poznańskiem, ze szczególnem uwzględnieniem zakładów dla alkoholików. Dr Rogalski podnosi kilka punktów, dotyczących budowy okien i podziału pracy w zakładach dla umysłowo chorych. Dr Pański zwraca uwagę na koszta, jakie pociągnęłoby za sobą urządzanie okien angielskich; wykazuje konieczność zachowania pokojów izolacyjnych i niezbędność oddziałów zakaźnych w szpitalach, liczących więcej, niż 300 chorych. Dr Łuniewski podkreśla trudności, powstające przy braku pokojów izolacyjnych, niemożność oddzielania chorych na gruźlicę, braki, jakie ma slöjd, wreszcie proponuje wprowadzenie do zakładów psychiatrycznych wyłącznie służby świeckiej. Doc. Dr Mazurkiewicz, zgadzając się na zasady, na których opiera się Dr Radziwiłłowicz przy budowie projektowanego szpitala pod Warszawą, podkreśla dodatnie strony projektu, zwraca jednak uwagę na stosunkowo małą ilość stałych łóżek wodnych, ze względu na zniesienie systemu izolacyjnego; dalej zaznacza, że pożądanemby było wyodrębnienie pawilonu dla zakaźnych. Dr Nelken również porusza trudności, wypływające z zupełnego odrzucenia systemu izolacyjnego i podaje wskazania do izolacyi chorych; prócz tego porusza sprawę mieszkań lekarzy i slöjdu. Prof. Dr Piltz oświadcza się za zasadami, któremi kierował się Dr Radziwiłłowicz w swym projekcie i podkreśla szereg ważnych punktów. Łączność opieki rodzinnej z samym zakładem uważa za potrzebną; system pawilonowo-blokowy, a więc połączenie korytarzami ogrzewanymi pawilonu dla niespokojnych chorych, obserwacyjnego i infirmeryi z administracyą; o ile niema oddzielnego pawilonu dla kryminalnych, konieczne są pokoje izolacyjne. Co się tyczy krat, to wpływ ich ujemny zależy od warunków czysto lokalnych, z którymi liczyć się należy, niemniej jednak niemożność uniknięcia wypadków zmusza do przyjęcia krat w zakładach. Na każdych 500 chorych konieczne jest 100 morgów gruntu niezabudowanego dla umo-

żliwienia im pracy i zabawy na powietrzu. W końcu mowca zaznacza, że uważa za niezbędne, by cała administracya ześrodkowała się w jednych rękach: kierownika zakładu. Panna Szycówna podaje informacye, dotyczące opieki nad dziećmi nienormalnemi w Warszawie, streszczając zarazem dezyderaty w tej sprawie. Dr Mikulski prosi, aby szczegóły, dotyczące nowego projektu, zostały ogłoszone w »Neurologii polskiej«, ze względu na ogromny brak w tym kierunku informacyi i danych. Wreszcie Dr Radziwiłłowicz zaznacza, że dyskusya wyjaśniła mu w zupełności nowe, a sporne, zasadnicze zagadnienia budownictwa psychiatrycznego.

VII. posiedzenie Zjazdu poświęcone było odczytom luźnym z dziedziny psychologii eksperymentalnej.

Dr Cygelstreich (Warszawa) wygłosił odczyt: **O wpływie wzruszeń na choroby umysłowe.** Zdaniem prelegenta wzruszenia (szczególniej depresyjne, asteniczne) wywołują samozatrucie ustroju, a to daje początek chorobie umysłowej: splątanie psychiczne (confusion mentale).

Dr Jaroszyński (Warszawa) mówi **o wpływie wzruszeń na stany nerwowe.** Nerwice są chorobami, wywołanemi przez ujemnie zabarwione wzruszenia, które w rozmaity sposób oddziałują na psychikę i somatyczną stronę ustroju. Wywołują one stany wyczerpania nerwowego, podatność na sugestyę, nastrój psychiczny przygnębienia i niepokoju, ewentualne samozatrucie ustroju. Leczenie nerwic powinno polegać zatem na poddawaniu wzruszeń dodatnich.

W dyskusyi zabiera głos Doc. Dr Radecki, który stara się ustalić pojęcie »patologiczne« w dziedzinie uczuć. Każde wzruszenie, jako współrzędnik psychiczny naruszenia równowagi organicznej (Babiński), mogłoby być uważane za objaw patologiczny lub conajmniej za objaw niedoskonałości ustroju (teorya Paulhana). Należy jednak uwzględnić w przejawach fizyologicznych wzruszenia, nietylko zaburzenia ustroju, ale i zdolność powrotu do równowagi. W tem znaczeniu wzruszenie, jako odpowiedź ustroju na podniety świata zewnętrznego, jest wyrazem czynności ustroju, przystosowującej go do życia wogóle, a więc wyrazem doskonałości ustroju. Za patologiczne zatem można uznać tylko takie wzruszenia, które, naruszając równowagę ustroju, upośledzają zarazem i zdolność powrotu do równowagi. — Dr Jekels zaznacza, że życie afektywne jest przejawem popędu seksualnego. Prof. Dr Piltz podkreśla objawy somatyczne neurastenii, podnosząc, że w chorobie tej prócz psychoterapii należy stosować zawszę i leczenie fizyczne. Pan Skibniewski zaznacza, że wzruszenia przyjemne mogą czasami wywołać zaburzenia w ustroju grożące śmiercią. — Doc. Dr Radecki rozwija własną dynamiczną teoryę wzruszeń, w przeciwstawieniu do teoryi wyłącznie chemicznej (intoksykacyjnej). Uczucia pierwotne przyjemności i przykrości są odpowiednikami wzmożenia i osłabienia czynności życiowych (podnieta energetyczna skoordynowana), wzruszenie zaś jest odpowiednikiem zaburzenia organicznego i walki ustroju z tem zaburzeniem (podnieta energetyczna nieskoordynowana). Żadna klasyfikacya wzuszeń ustalić się nie da. Wzruszenie musi być uważane za jedno o niezliczonych odmianach. Dowodami tego są: fakt fizyologiczny występowania podczas wszystkich wzruszeń pewnych stałych objawów somatycznych: wzmaganie się ciśnienia krwi, zwiększone wydzielanie potu, wzmaganie się przewodnictwa elektrycznego, oraz dane psychologiczne: 1) stałe występowanie tego samego pierwiastka niepokoju (etymologicznie »wzruszenie«), 2) ten sam wpływ wszystkich wzruszeń na inne procesy psychiczne w postaci przykuwania uwagi do domniemanej ich przyczyny (loi de l'antagonisme qualitatif). — Dr Chojecki zaznacza, że kierunek uwagi samorzutnej często bywa uwarunkowany stanami, pozbawionymi zabarwienia uczuciowego. Dr Beaurain podkreśla znaczenie lecznicze rozwiązania konfliktów psychicznych. Dr Cygelstreich broni teoryi chemicznej (autointoksykacyi) wzruszenia. Uważa, że pojęcie energii w zastosowaniu swem do dziedziny wzruszeń staje się nieuchwytnem, dopatruje się w teoryi jednego wzruszenia słabego zaznaczenia pierwiastku psychologicznego. Dr Jaroszyński broni stanowiska, traktującego wzruszenie, jako objaw patologiczny.

Dr Chojecki (Warszawa) w odczycie swym **o przekształcaniu się wzrokowych obrazów pamięciowych,** podaje prostą metodę badania ilościowego przekształcania się obrazów pamięciowych najprostszych figur geometrycznych. Większość osób ma tendencyę do powiększania obrazów; różnice indywidualne są znaczne.

Dr Chojecki (Warszawa) w drugim odczycie swym mówił **o próbie przedmiotowego mierzenia siły woli.** Metoda polega na mierzeniu zdolności utrzymania uwagi na jednem i tem samem wyobrażeniu. Używane są w niej rysunki o jednym konturze, mieszczącym w sobie dwa obrazy. Za miarę siły woli uważa prelegent stosunek czasu trwania jednego z obrazów dowolnie utrzymanego, do czasu trwania obrazu antagonistycznego.

Doc. Dr Radecki podkreśla w dyskusyi brak dokładnego określenia pojęcia woli w psychologii, oraz nieuwzględnienie stosunku siły do wysiłku w proponowanej metodzie. Prof. Dr Heinrich zwraca uwagę, że podana metoda nie uwzględnia poczucia aktywności, którego zmiany stanowią o odczuciu wysiłku. Dr Rydel zaznacza wpływ podłoża indywidualnego, które sprawia, że nawet przy dużym wysiłku rezultat może być nieznaczny, albo odwrotnie. Dr Chojecki tłomaczy, że uznając złożoność pojęcia woli, starał się otrzymać miarę konwencyonalną, nie mającą nic wspólnego z uczuciem wysiłku.

Panna Szycówna (Warszawa) wygłosiła odczyt **o właściwościach gramatycznych i słownikowych mowy dzieci w wieku lat 4—9.** Problematem było stwierdzenie ilości wyrazów rozumianych i używanych przez dziecko. Cechami mowy dziecka są: konkretyzm (przewaga rzeczowników), zwracanie uwagi na czynności i ruchy (czasowniki), charakter uczuciowy (przymiotniki, przysłówki, wykrzykniki).

Odczyt ten dał sposobność Prof. Dr Heinrichowi zaznaczenia w serdecznych słowach społecznych i naukowych zasług prelegentki.

W dyskusyi doc. Dr Radecki podkreśla wpływ wychowania na kolejność zjawiania się pojęć, oraz na rolę procesów podświadomych przy kształtowaniu się mowy słownej u dziecka.

Dr Horwitz (Wiedeń) podaje wyniki doświadczeń nad **zaburzeniami pamięci u histeryków i psychopatów**, stwierdzając ich obecność u histeryków, psychopatów młodocianych, psychopatów w stanie depresyi.

VIII. posiedzenie Zjazdu zagaił Dr Flatau, zaznaczając wysoce naukowy charakter II. Zjazdu i podnosząc owocność Zjazdów wogóle, a zwłaszcza niniejszego, ze względu na zainteresowanie i ogromne znaczenie dla rozwoju myśli naukowej w zakresie neurologii, psychiatryi i psychologii. Dr Radziwiłłowicz, jako członek komitetu organizacyjnego I. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów, złożył następnie sprawozdanie, dotyczące wykonania uchwał I. Zjazdu, którego wynikami są: 1) stworzenie pracowni psychologicznej w Warszawie, 2) założenie pisma »Neurologia polska«, poświęconego neurologii, psychiatryi i psychologii, 3) stworzenie słownictwa polskiego w zakresie tych trzech nauk, którego opracowanie, powierzone specyalnej komisyi, zbliża się ku końcowi. Prof. Dr Piltz dziękował w serdecznych słowach za liczne stawienie się uczestników z tak obfitym i bogatym materyałem naukowym, podnosząc jednocześnie z naciskiem fakt, że nowa klinika dla umysłowo i nerwowo chorych w Krakowie dostąpiła przez to wielkiego zaszczytu, gdyż jej właśnie przypadła w udziale rola ogniska, wokoło którego zestrzeliła się polska myśl naukowa podczas II. Zjazdu.

Następnie uchwalono: 1) stworzyć specyalne pismo polskie, poświęcone psychologii, 2) utworzyć ogólno-polskie Towarzystwo neurologiczno-psychiatryczne, oraz powierzyć utworzenie Towarzystwa komitetowi krakowskiemu, 3) odbyć III. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów we Lwowie w r. 1914.

Wreszcie odczytano szereg tematów, podanych na Zjazd następny: 1) Dr Borowiecki: Badania z zakresu dziedziczności

i wrodzonego względnie nabytego usposobienia w neurozach i psychozach. 2) Dr Chłapowski: O czuciu narządów wewnętrznych. 3) Dr Jaroszyński: a) Sprawa istoty psychologicznej wzruszenia i jego wpływu na stany patologiczne. b) Wniosek, aby referaty przed przyszłym Zjazdem były drukowane w postaci sformułowanych wniosków, poddawanych następnie dyskusyi. 4) Dr Męczkowski: a) Najnowsze zdobycze z chirurgii układu nerwowego. b) Nerwice naczynio ruchowe w związku z gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu. 5) Prof. Piltz: O psychozach paranoicznych. 6) Dr Radziwiłłowicz: Zagadnienia sporne w budownictwie psychiatrycznem. 7) P. W. Skibniewski: Uwzględnienie nietylko psychologii doświadczalnej, ale i introspektywnej.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Na rok 1913 wybrał Oddział jarosławski: przewodniczącym Dr Wład. Czyżewicza. sekretarzem Dr Orłowskiego, Oddział stryjski: przewodniczącym Dr Wursta z Kałusza, sekretarzem Dr Sołtysika M. ze Stryja, Oddział przemyski: przewodniczącym Dr Słęka, Oddział sanocki: przewodniczącym Dr Wł. Pajączkowskiego, zastępcą Dr J. Kurasiewicza, sekretarzem Dr Herziga, Oddział kołomyjski: przewodniczącym Dr T. Milewskiego, sekretarzem Dr Z. Lewickiego. Delegatami na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galic., które się odbędzie 2. marca b. r. w Krakowie, wybrały powyżej wymienione Oddziały kolegów: Czyżewicza, Sawickiego, Sołtysika, Dolnickiego, Słęka i Pajączkowskiego.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 12. II. 1913 posiedzenie, na którem r. dw. prof. Dr Wicherkiewicz wygłosił wykład: »Wskazania operacyjne i technika sklerotomii własnego pomysłu (sclerotomia cruciata posterior)« i przedstawił szereg chorych klinicznych, wyjaśniając równocześnie działanie oftalmoskopu Gullstranda; Dr Kleczkowski przedstawił preparaty mikroskopowe z przypadku zapalenia spojówek wiosennego.

— W klinice chorób wewnętrznych w Krakowie odbędą się od 10—16 marca r. b. praktyczne kursa dla lekarzy z zakresu rentgenologii, serologii i nowych leków. Szczegóły obacz niżej w ogłoszeniu.

— Z powodu, że Sejm galicyjski nie został zwołany i przez to nie uchwalił podwyższenia podatków (o 30%) dla pokrycia przewidywanego na r. b. w budżecie krajowym deficytu, musiał Wydział krajowy podjąć oszczędności w ogólnej kwocie przeszło 8 milionów koron. W rubryce budżetu: »Sprawy zdrowotne« — skreślono w wydatkach 1,250.378 kor., w dochodach 372.143 kor. (budżet na r. 1912 wykazywał tu wydatki w kwocie 7,393.119 kor.). Z poszczególnych skreśleń w tej rubryce postanowiono wydać mniej na koszta leczenia kwotę 554.459 kor., na zakład w Kulparkowie 408.405 kor., tutaj odpadnie także preliminowana pożyczka w kwocie 363.000 kor. (dochód budżetowy) na instalacyę wodociągów i elektryczności w Kulparkowie, nadto skreślono po kilkadziesiąt tysięcy koron, preliminowanych na liczne adaptacye w szpitalu św. Łazarza w Krakowie i w Powszechnym we Lwowie; skreślono 6.000 kor. na stypendya dla lekarzy, 5.300 kor. na kolonie lecznicze, Towarzystwo ratunkowe, wydawnictwa lekarskie, 4.000 kor. na Związek zdrojowisk i uzdrowisk, 500 kor., na kolonię leczniczą dla dzieci w Krynicy, 2.000 kor. jako ratę na budowę domu dla Tow. lekarskiego we Lwowie, 1000 kor. na szpital Kasy chorych w Borysławiu. W ten sposób zamęt polityczny, panujący w kraju i spory stronnictw odbiją się w tym roku jaknajfatalniej na naszem szpitalnictwie.

— Izba posłów parlamentu austryackiego uchwaliła w trzeciem czytaniu ustawę o chorobach zakaźnych. Chociaż ustawa ta ma i w ostatecznie uchwalonej postaci braki, niemniej uznać ją trzeba za wielki krok naprzód.

— Zebrane zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr Bukowskiego 74 K przesłał Dr T. Bąkowski na nasze ręce z przeznaczeniem na fundusz im. Jordana.

Redaktor odpowiedzialny.
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 19. lutego 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Dr Lewkowicz: Przedstawienie chorych z kliniki chorób dzieci; 2) doc. Dr Latkowski: Przedstawienie elektrokardyogramów; 3) Dr Wachtel: Przedstawienie chorej z kliniki lekarskiej; 4) Dr Krawczyński: Przedstawienie preparatów prątków błonicy, wyhodowanych z przypadku chirurgicznego, przedstawionego d. 29. I. 5) Prof. Dr Kader: Zapalenie wyrostka robaczkowego ze stanowiska klinicznego.

W klinice medycznej U. J. w Krakowie odbywać się będą tygodniowe praktyczne **kursa dla lekarzy** od 10—16 marca b. r. a mianowicie:

1. **Rentgenologia kliniczna,** połączona z prześwietlaniem chorych. Asystent kliniki Dr Nowaczyński. Codziennie popołudniu przez 3 godziny. Czesne 20 kor.
2. **Serologia kliniczna** ze szczegółowem uwzględnieniem dyagnostyki klinicznej. Asystent kliniki Dr Kostrzewski. Codziennie przed południem przez 3 godziny. Czesne 2 kor.
3. **O surowicach leczniczych.** Profesor Jaworski. 2 godziny. Czesne 2 kor.
4. **O stosowaniu i wynikach leczniczych leków ostatniej doby.** Asystent kliniki Dr Wachtel. 2 godziny. Czesne 2 kor.

Pp. Lekarze chcący wziąć udział w powyższych kursach zechcą się zgłosić bądź pisemnie, bądź osobiście w kancelaryi kliniki medycznej (Kopernika 15) najpóźniej do 8. marca b. r.

Prof. Dr W. Jaworski m. p.

Laboratoires P. FAMEL — 20—22, Rue des Orteaux, PARIS.

SIROP FAMEL

A BASE DE LACTO-CREOSOTE SOLUBLE

Stanowi najlepszy specyfik przeciw **kaszlowi, nieżytowi przewlekłemu oskrzeli, kaszlowi napadowemu gruźliczych i schorzeniom nieżytowym.**

W nowej kombinacyi z prawdziwym kreozotem bukowym zażywany i znoszony przez najwrażliwsze osoby.

Zawiera w łyżce stołowej:
Kreosotum lactic. solub. 0 g. 20
Calcium phosphoricum 0 g. 40
Codeinum . . . . . . 5 miligramów
Tinct. alcoh. aconiti . . 2 krople
etc. etc.

Sposob użycia:

Dorosłym 2 lub 3 łyżki stołowe dziennie (rano i wieczorem)
Dzieciom 2 lub 3 łyżeczki kawowe lub deserowe
Czysty lub w gorącej herbacie.

123

Cena K. 4·— za flakon. Sprzedaż we wszystkich aptekach.

Próbki bezpłatne i piśmiennictwo: JULIEN MEYER, Wiedeń XVIII, Gersthoferstrasse 79.

NUCLÉATOL ROBIN Granulé

w ziarenkach



Nukleofosforan wapnia i sodu pochodzenia roślinnego.

Wyczerpanie. Rekonwalescencya. Zołzy. Stany limfatyczne. Charłactwo. Krzywica. Chroniczne nieżyty oskrzeli. Neurastenia i t. p

105

Dawkowanie:

4 do 6 łyżeczek-miareczek w ciągu 24 godzin dla dorosłych i 2 do 3 dla dzieci i starców.

Sprzedaż en gros: 13 Rue de Poissy, Paris.
Detaliczna: we wszystkich aptekach.

PEPTO-KOLA ROBIN

(GLICEROFOSFATY, KOLA I PEPTON)

W tym likierze czerwień Koli zachowaną jest w stanie naturalnym jak w świeżym orzechu.



Smaczny i delikatny likier pobudzający.

Niezastąpiony środek przeciw:

neurastenii, przepracowaniu, przemijającym zmęczeniom fizycznym i umysłowym, cukrzycy, białkomoczowi i t. p.

Dawka: 104

Kieliszek od likieru po każdem jedzeniu.

Sprzedaż:

13 Rue de Poissy, Paris i we wszystkich aptekach.

Przy chorobach nerwowych, neurastenii i chorobach sercowych
używanym bywa od roku 1900 z najlepszym skutkiem

SYRUPUS COLAE COMP. „HELL“

Wyszło właśnie z druku 3-cie wydanie wszystkich prac klinicznych i wszelkich sprawozdań lekarskich o tym środku.

Dla diabetyków wyrabia się zamiast syrupu **Pilulae colae comp. „HELL“** wolne od węglowodanów 145

Ostrzeżenie! Uprasza się WP. Lekarzy ordynować wyraźnie Syrupus colae comp. »Hell«, bo w niektórych aptekach wydają wątpliwej wartości przetwory.

Sprzedaż we wszystkich aptekach tylko na przepis lekarski po cenie 4 K za dużą flaszkę, 2·40 za małą, 2·50 K za flac. z 50 pigułkami.

Literatura i próbki bezpłatnie od G. HELL & Comp., Opawa.

Rok LII. Kraków, dnia 22. lutego 1913. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

W czasach, kiedy nad medycyną kliniczną panowała niepodzielnie anatomia patologiczna, rozwijała się dyagnostyka w kierunku anatomicznym. Dokładne określenie, na podstawie badania klinicznego, stanu chorych narządów stanowiło właściwy cel tego badania i cel rozpoznawczego rozumowania. Wszystko, czego nie można było po myśli wymagań anatomii patologicznej dokładnie rozebrać i objaśnić, budziło mniejsze zajęcie. Dotyczyło to w pierwszym rzędzie wszystkich t. zw. objawów nerwowych, tworzących obrazy nerwic ogólnych. Z pojęciem takiej nerwicy łączyło się pojęcie nieprawidłowej czynności ośrodkowego układu nerwowego, albo raczej, wyrażając się ściślej, nieprawidłowej wrażliwości mózgu. Nie brakło wprawdzie usiłowań, które starały się wniknąć głębiej w istotę tych zaburzeń i rozjaśnić ich pochodzenie, ale na drodze badań anatomicznych nie można było tego osiągnąć i nerwice oznaczały bądź co bądź zawsze coś niezbadanego, nieokreślonego, niedającego się wytłomaczyć. Trwało to tak długo, dopóki pod wpływem nowszych badań fizyologicznych i związanych z niemi ściśle badań z zakresu patologii doświadczalnej nie rozwinął się nowy kierunek w medycynie klinicznej. Nazwać go można zupełnie słusznie kierunkiem fizyologicznym. Zaznaczył się on usiłowaniami, które za cel postawiły sobie zbadanie przyczyn zaburzeń czynnościowych, określenie znaczenia tych zaburzeń dla sprawności pojedynczych narządów i dla całego ustroju i doprowadziły do rozwoju dyagnostyki czynnościowej. Zajęto się wtedy dokładniej także i wszystkiemi zboczeniami nerwowemi w zakresie spraw wegetatywnych, a źródła ich zaczęto szukać nie w samej tylko nieprawidłowej wrażliwości mózgu. W patologii klinicznej pojawiło się pojęcie nerwic wegetatywnych, jako uzupełnienie, a może do pewnego stopnia także jako antyteza nerwic ogólnych. Powstało ono niewątpliwie na tle licznych spostrzeżeń klinicznych, ale podstawy jego naukowe stworzyła analiza zjawisk fizyologicznych, częścią samodzielnych, częścią wywoływanych drogą doświadczeń, wykonywanych na zwierzętach. Rozpatrzenie się w tych rzeczach jest tembardziej pożądane, że posiadają one nietylko teoretyczne, ale także praktyczne znaczenie tak ze względu na rozpoznawanie, jak i leczenie zaburzeń czynnościowych w zakresie spraw wegetatywnych, a nawet niektórych schorzeń o podłożu anatomicznem.

Wobec niezmierzonego prawie materyału, nagromadzonego w piśmiennictwie, nie podobna wyczerpać wszechstronnie całego tematu. Ograniczyć się musimy do uwydatnienia najważniejszych tylko szczegółów z całej tej nader obszernej dziedziny.

W toku wszystkich czynności fizyologicznych, odbywających się bez działania woli, t. j. tych spraw, które określamy mianem czynności wegetatywnych, dostrzedz można różną dla różnych narządów, niejednakową także osobniczo okresową zmienność, jakby rodzaj falowania co do stopnia, trwałości i wydatności fizyologicznej pracy. Odbywają się te wahania bezwiednie, automatycznie.

Jakkolwiek jednak fizyologia wszystkim narządom, spełniającym zadania życiowe, przyznaje własną autonomię, to jednak nie może się żadną miarą zadowolnić prostem stwierdzeniem, że taka autonomia istnieje. Starać się musi o wykrycie sił, które dostarczają bodźców do pracy i pracą kierują w ten sposób, aby w niej panowała nietylko właściwa każdemu narządowi sprawność, ale także zupełna harmonia tej sprawności. Wszak chodzi tu nie o jeden tylko narząd i nie o jedną tylko czynność, ale o cały szereg narządów i o wiele różnorodnych czynności.

Bliższe badanie złożonych zjawisk fizyologicznych wykazuje, że w rozwoju ich istnieje pewna kolejność, że jedne na drugie oddziałują, a nawet wprost je wywołują. Wiemy także, że wpływają na nie podniety zewnętrzne i podniety zmysłowe, względnie psychiczne. Wszystko to wskazuje, że życie wegetatywne nie jest bynajmniej sprawą prostą i że przyjęcie osobniczej autonomii pojedyńczych narządów nie wystarcza, aby zrozumieć i wytłomaczyć powstawanie automatycznych czynności, ich przebieg oraz kolejność i harmonię przebiegu. Najprostsza obserwacya zmusza do tego, ażeby szukać jakiegoś łącznika pomiędzy wszystkiemi złożonemi czynnościami.

Kiedy pod wpływem prac Brown-Sequarda rozwinęła się nauka o wydzielaniu wewnętrznem, wkroczyła fizyologia na pole biodynamiki chemicznej, a wykrywszy w wytworach wydzielania wewnętrznego ciała o własnościach drażniących, stworzyła ogólną teoryę o fizyologicznem działaniu drażników czyli hormonów. W myśl tej teoryi wszystkie sprawy wegetatywne należy pojmować jako następstwa drażnienia chemicznego, wywieranego przez ciała, wytwarzane w narządach, posiadających zdolność wydzielania wewnętrznego. Jakkolwiek z pomocą tej teoryi wytłómaczyć można niejedną sprawę fizyologiczną, to jednak nie rozjaśnia ona spraw wszystkich, zwłaszcza zaś tych spraw, w których występuje na jaw bardzo wyraźnie wpływ podniet zmysłowych i psychicznych na czynności wege-

tatywne. Ze stanowiska klinicznego zwracano na nie uwagę oddawna i kliniczna medycyna nigdy zapewne nie przyjmowała bez zastrzeżeń teoryi chemicznej o autonomii narządów. Stanowisko to zaznaczano niejednokrotnie, a wyrazem jego był między innymi odczyt L. R. Müllera[1]) na monachijskim Zjeździe internistów niemieckich w r. 1906, oraz rozprawy, które się na ten temat odbywały. Zresztą i medycyna doświadczalna, posługując się metodą badań, stworzoną przez Pawłowa, dostarcza bezpośrednich dowodów na to, że zapomocą wpływów psychicznych działać można na czynności wegetatywne. Bickel[2]) wywoływał u psów z przetoką żołądkową i połykową przy pozornem karmieniu żywe wydzielanie soku żołądkowego, które natychmiast ustawało, gdy psa podrażniono widokiem kota. Przy takich samych doświadczeniach zdołał Lommel[3]) wykazać promieniami Röntgena ustawanie ruchów robaczkowych żołądka i t. d. Znaczenie eksperymentu ma do pewnego stopnia spostrzeżenie Rheinboldta[4]) z Kissingen, który u jednej ze swoich chorych kilkakrotnie znajdował żółtaczkę, a co ważniejsza, cukromocz pod wpływem silniejszych wzruszeń psychicznych. Ricci[5]) stwierdzał wielokrotnie cukromocz nietylko w przebiegu nerwic urazowych, ale nawet u kandydatów przystępujących do egzaminów. O podobnych spostrzeżeniach znajduje się w piśmiennictwie bieżącem więcej jeszcze wzmianek.

Wszystko to wskazuje, że mózg wywiera niemały wpływ w powstawaniu i w przebiegu spraw wegetatywnych. Bezpośrednio działać na nie nie może. Rolę pośrednika obejmują gałązki nerwowe, należące do układu wegetatywnego, połączonego bezpośrednio z mózgiem i z rdzeniem.

Takie połączenia przedstawiają spoidła (r. r. communicantes) przykręgowego powrózka nerwu współczulnego. Układ autonomiczny, to jest nerw błędny w pojęciu rozszerzonem, łączy się bezpośrednio z mózgiem i rdzeniem. Część jego czaszkowa z gałązkami, przebiegającemi w nerwie okoruchowym, twarzowym i językowo-gardłowym, powstaje wprost w mózgu, część opuszkowa, czyli właściwy pień nerwu błędnego, w rdzeniu przedłużonym, część krzyżowa, jako nerw miednicowy (n. pelvicus), w rdzeniu.

Obydwa te układy, t. j. współczulny i autonomiczny, zaopatrują wszystkie narządy i tkanki, powołane do spełniania zadań życiowych, w elementa nerwowe, bądź to w postaci splotów, bądź też w postaci t. zw. mięśniowo-nerwowych połączeń, w których drobne włókienka nerwowe zlewają się poniekąd w jedną całość z włókienkami mięśni. Ta ścisła łączność obu układów nerwowych z narządami zmusza wprost do przypuszczenia, że i pod względem czynnościowym wiązać muszą narządy i nerwy narządowe najbliższe stosunki. Ażeby te stosunki plastycznie uwydatnić, użył Ehrmann[6]) określenia »neurochemismus«, które ma oznaczać, że dla osiągnięcia ostatecznego skutku w powstawaniu i przebiegu złożonych spraw życiowych potrzebna jest i chemiczna podnieta, wywierana przez wytwory wydzielania wewnętrznego, i podrażnienie nerwów, należących do układu wegetatywnego.

Podobnie, jak dla wszelkich odruchów nerwowych, które polegają na tem, że podrażnienie obwodowych zakończeń nerwowych przenosi się gałązkami nerwów, dążących ku górze, na ośrodki w rdzeniu lub w mózgu, wprawia w stan czynny leżące tamże komórki nerwowe, a te pośredniczą w powstawaniu odruchu drogą podrażnienia odśrodkowych gałązek, — tak samo i dla spraw wegetatywnych przyjąć trzeba podobny łuk odruchowy. I nerwy wegetatywne mają swoje gałązki, przebiegające w dwóch odwrotnych kierunkach. Tylko, że łuk odruchowy nerwów wegetatywnych w pojęciu czynnościowem jest czemś bardzo złożonem. Pomiędzy dwiema krańcowemi stacyami nerwów wegetatywnych, t. j. między stacyą początkową a końcową, znajduje się cały szereg komórek zwojowych. Komórki te różnią się między sobą swoją budową i wejrzeniem. Już zwoje powrózkowe wykazują według badań Müllera[7]) kilka rozmaitych rodzajów komórek zwojowych. Wielorakość ich jest jeszcze większa, jeśli uwzględnimy komórki dalej ku obwodowi leżących zwojów, tem bardziej zaś, gdy wskazać nam wypadnie sploty nerwowe w rozmaitych narządach (L. R. Müller[8]). Ta różnorodność komórek świadczyć się zdaje już sama przez się o tem, że i odbieranie wrażeń i przenoszenie ich i odruchowe czynności muszą być doskonale zróżniczkowane.

Że takie zróżniczkowanie rzeczywiście istnieje, dowodzą badania, zajmujące się fizyologią naczyń krwionośnych, które pokazały, że stan naczyń, zmiany ich światła, wypełnienia krwią itd., nie podlegają wyłącznie tylko wpływom wspólnego ośrodka. Przeciwnie, wiemy, że np. pod tym względem zachodzi wprost przeciwieństwo między naczyniami obwodowemi, a naczyniami trzew. O. Müller i R. Siebeck[9]) wykazali drogą doświadczeń znaczną niezależność naczyń mózgowych od wpływów naczynioruchowych, działających na obwodzie. Skoro zaś według tych samych autorów i w naczyniach mózgu wywoływać można przez podrażnienie nerwów układu wegetatywnego zmiany, podobne do zmian, powstających w tych samych warunkach w innych okolicach ciała, to tem samem przyjąć trzeba, że podniety fizyologiczne naczynioruchowe jedną drogą dostają się do mózgu i do naczyń na obwodzie. Jeśli mimo to skutki podrażnienia nie są jednakowe, to zdaje się niewątpliwie wynikać z tego, że w ścianach naczyń znajdować się muszą urządzenia nerwowe, względnie nerwowo-mięśniowe, które do pewnego stopnia samodzielnie regulują ruchy naczyń.

Podobnie dzieje się zapewne i z innemi czynnościami fizyologicznemi. Świadczą o tem spostrzeżenia Pawłowa[10]), odnoszące się do wydzielania soku trzustkowego. Wykazują one, że ilość pepsyny zmienia się stosownie do ilości i jakości białka spożytego w pokarmach, a ilość zaczynów, znajdujących się w soku trzustkowym, według składu pokarmów. Objaśnia o tem najlepiej zestawienie, podane przez Pawłowa.

Pokarm	Zaczyn traw. białko		Zaczyn amylo-tycz.		Zaczyn rozszczep. tłuszcz.		
	Zgęszcz. soku	Ilość jednost.	Zgęszcz. soku	Ilość jednost.	Zgęszcz. soku	Ilość jednost.	Ilość soku
600 cm^3 mleka	22·6	1085	9	432	90·3	4334	48 cm^3
250 gr. chleba	13·1	1975	10·6	1601	5·3	800	151 »
160 gr. mięsa	10·6	1502	4·5	648	25·0	3600	144 »

Z chwilą, kiedy układ nerwowy wegetatywny nabrał pierwszorzędnego znaczenia dla właściwego oceniania spraw biologicznych, budzić muszą wielkie zajęcie wszystkie te badania, które się zajmują dokładnem poznaniem następstw

---

[1]) L. R. Müller. Klinische Beiträge zur Physiologie des sympatischen Nervensystems. Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1906. S. 320.

[2]) A. Bickel. Ibidem. S. 323.

[3]) Lommel. Ibidem.

[4]) Rheinboldt. Ibidem.

[5]) R. Ricci. Ref. w Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1908 S. 760.

[6]) Ehrmann. Verhandl. des Kongres. f. inn. Med. 1908. s. 357.

[7]) L. R. Müller. Studien über die Anatomie und Histologie des sympathischen Grenzstranges. Verh. des Kong. f. inn. Med. 1909. s. 658.

[8]) L. R. Müller. Allgemeine Bemerkungen zur Physiologie des vegetativen Nervensystems. Deut. med. Wochenschft. 1911. s. 583.

[9]) O. Müller u. R. Siebeck. Experimentelle Untersuchungen über die Vasomotoren des Gehirnes. Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1906. s. 351.

[10]) Pawlow zob. Oppenheimer: Die Fermente. III. Aufl. 1910. s. 90.

podrażnienia nerwów, należących do niego, a niemniej i ciał, które drażniąco na nie działają.

Podstawowe znaczenie mają na tem polu prace angielskich autorów, przedewszystkiem Langleya, który wskazał drogę badań farmakodynamicznych zapomocą ciał o swoistych, czyli ciał o t. zw. wybiórczych (elektywnych) własnościach. Punkt ciężkości metody takiego badania polega na poznaniu i wyzyskaniu swoistej organotropii pewnych związków chemicznych, która tak wielką rolę zaczyna dziś odgrywać w lecznictwie farmakochemicznem.

Takiem ciałem, ważnem bardzo dla rozwoju naszych wiadomości z zakresu fizyologii układu wegetatywnego, jest przedewszystkiem nikotyna. Zastosowana w dostatecznej ilości, poraża ona komórki zwojowe splotów, i to tak należących do układu współczulnego, jak i autonomicznego. Ta właściwość nikotyny posłużyła Langleyowi do zbadania, czy pewne włókno nerwowe kończy się już w danym zwoju, czy też tylko przezeń przechodzi. Zatruwając kolejno zwoje, można ubezwładnić, do pewnego stopnia dowolnie, wpływy nerwowe wegetatywne w danych narządach.

Ze stanowiska klinicznego miało jednak zapewne większe znaczenie odkrycie trucizn, działających wybiórczo albo na sam tylko układ współczulny, albo wyłącznie na układ autonomiczny.

Typową truciznę, drażniącą układ nerwu współczulnego, przedstawia w doskonałej postaci nadnerczyna. Własności porażające posiada ergotoksyna, jeden z najważniejszych składników sporyszu. Na układ nerwu błędnego działają, jako drażniki, fizostygmina (ezeryna), pilokarpina, muskaryna, pikrotoksyna, cholina; atropina znana jest jako trucizną porażająca.

Z chwilą, kiedy własności te wykryto, rozpoczęły się bardzo liczne doświadczenia, mające za cel wszechstronne poznanie skutków drażnienia chemicznego układu wegetatywnego i porównanie tych skutków z wynikami, osiąganymi przez bezpośrednie drażnienie pni nerwowych, należących bądź to do układu współczulnego, bądź też autonomicznego.

Dobry przegląd tego wszystkiego, co dotychczas powiodło się uzyskać, znajdujemy w pracach Biedla[11]) oraz Froehlicha i Loewiego[12]). W streszczeniu podają odnośne wyniki Eppinger i Hess[13]) w rozprawie o wagotonii, z której wyjmujemy zamieszczoną poniżej tablicę.

Zestawienie to podaje wyniki drażnienia chemicznego w ogólnych tylko zarysach, jest raczej wypadkową z całego szeregu doświadczeń, a więc wartością poniekąd schematyczną. Jako takie wymaga ono jeszcze pewnych objaśnień.

Wydzielina gruczołów chromochłonnych wywiera skutek powszechny na cały układ współczulny, podnieca go w całości. Trucizny autonomiczne odznacza działanie raczej zróżniczkowane, t. zn. że pod wpływem należących tu związków nie wszystkie czynności, podległe układowi nerwu błędnego, w równej mierze i w jednaki sposób dostępne są podnietom autonomicznym. Najprzystępniejsze dla nich zdają się być narządy, otrzymujące włókna nerwowe z mózgowej części układu nerwu błędnego, oraz większość gruczołów wydzielniczych. Zwężenie źrenicy, występujące po każdej z trucizn autonomicznych, jest tak stałem zjawiskiem, że posiada znaczenie ważnego objawu rozpoznawczego przy zatruciach temi truciznami, dzieląc je zresztą, przynajmniej odnośnie do zatruć za pomocą fizostygminy (ezeryny) i pilokarpiny, z objawem zwiększonego wydzielania śliny i potu.

Dwa te właśnie wymienione ciała wpływają także na sprawy wydzielnicze i ruchowe trzew, podległe nerwom autonomicznym. Ale tu, zwłaszcza co do układu mięśniowego, znać już różnicę pod względem stopnia i sposobu działania.

[11]) A. Biedl. Innere Sekretion. Wien 1910.

[12]) Froehlich und Loevi. Archiv. f. exp. Path. u. Pharm. LIX. s. 34.

[13]) H. Eppinger u. L. Hess. Die Vagotonie. Sammlung klin. Abhandl. 9. u. 10. Heft. Berlin 1910.

Działanie		Narząd	Działanie	
Nadnerczyny	Atropiny		Pilokarpiny	Ergotoksyny
	poraża	zwieracz źrenicy	drażni	
drażni		rozwieracz		
	poraża	m. rzeskowy	drażni	
drażni		m. oczodołowy	poraża	poraża
drażni (?)	poraża	ślinianki	drażni	
zwęża		naczynia mózgu		
rozszerza		naczynia jamy ust		
zwęża	zwęża (?)	naczynia skóry głowy		
rozszerza	rozszerza	naczynia wieńcowe serca	zwęża	
zwęża		naczynia jelit		rozszerza
zwęża		naczynia części rodnych		
wstrzymuje wydziel.	wstrzymuje wydziel.	gruczoły płuc	drażni	
drażni	drażni	mięsień serca	osłabia	osłabia
zwiotcza	zwiotcza	połyk	drażni	
poraża	poraża	wpust żołądka	drażni	
	zwiotcza	napięcie mięśni żołądka	potęguje	
poraża	poraża	ruchy żołądka	przyspiesza	
tamuje	tamuje	wydzielanie soku żołądkow.	zwiększa	
poraża	poraża	ruchy jelit cienkich	zwiększa	
osłabia	osłabia	ruchy jelit grubych	zwiększa	
zwiotcza	zwiotcza	zwieracz odbytu	drażni	
zwiotcza	zwiotcza	pęcherzyk żółciowy	drażni	
tamuje	tamuje	trzustka — wydzielanie soku	zwiększa	
zwiotcza	zwiotcza	mięśnie oskrzeli	drażni	
drażni		zwieracz pęcherza		
zwiotcza		wypieracz moczu		
drażni		ośrodek dla cukru	osłabia	
podnosi		ciepłota ciała		

Wpływ pilokarpiny jest doraźnie silniejszy, ale mniej trwały; ezeryna działa stateczniej, zwłaszcza na cały aparat mięśniowy narządu pokarmowego. Z właściwości tej korzystamy nawet za przykładem Neussera w celach leczniczych, polecając małe ilości ezeryny przy zwiotczeniu żołądka i jelit, szczególnie zaś w przebiegu duru brzusznego, celem zmniejszania zależnej od zwiotczenia bębnicy.

Ezeryna działa zresztą także i na mięśnie prążkowane ciała i wznieca drganie włókienek, albo raczej całych pęczków mięśniowych, które rozszerzać się może na wszystkie mięśnie. Na podstawie badań Magnusa tłomaczą Mayer i Gottlieb[14]) to zjawisko podrażnieniem zakończeń nerwowych w mięśniach, a opierając się na doświadczeniach Rothbergera, który zapomocą atropiny drgania te usuwał, uważają za rzecz nader prawdopodobną, że nerw błędny zaopatruje w autonomiczne włókienka także mięśnie prążkowane całego ciała.

Dla uwydatnienia działania ezeryny, jako trucizny autonomicznej w porównaniu z działaniem pilokarpiny, ważny jest jeszcze i ten szczegół, że wpływ jej polega nie na bezpośredniem drażnieniu i wywoływaniu skutków tegoż, ale raczej na wzmożeniu pobudliwości czy to gruczołowych, czy mięśniowych zakończeń nerwu błędnego. Tak samo, tylko w innym zakresie, działa także strychnina.

Pod względem stopnia wpływów, wywieranych na układ autonomiczny, przewyższa tak fizostygminę, jak pilokarpinę muskaryna. Z doświadczeń na zwierzętach i z nielicznych spostrzeżeń czystych zatruć muskarynowych u ludzi, znany jest zwłaszcza dokładnie wpływ tej trucizny na autonomiczne rozgałęzienia w mięśniu sercowym. Polega on nietylko na zwolnieniu ruchów serca, ale także na zmniejszeniu skurczu, a powiększeniu pojemności serca w czasie rozkurczu. Ze stanowiska teoretycznego ciekawe są spostrzeżenia Strauba[15]), które pokazują, że muskaryna działa tylko w chwili przechodzenia przez mięsień sercowy, to znaczy, że nie tworzy ona biochemicznych połączeń z komórkami narządu, a tylko je mimochodem podrażnia.

Zresztą działa muskaryna na te same narządy, na które

[14]) H. Meyer u. R. Gottlieb. Die experimentelle Pharmakologie als Grundlage der Arzeneibehandlung 1910 S. 131.

[15]) Straub. Ibidem. S. 209.

wpływają wymienione wyżej trucizny autonomiczne. A więc i po niej powstaje ślinotok, mniej lub więcej obfite wydzielanie potu, sokotok żołądkowy i trzustkowy, znaczne przyspieszenie ruchów robaczkowych żołądka i jelit, a po nieco wyższych dawkach skurcze połyku, żołądka i jelit, nawet o tężcowym charakterze.

Podobnie, tylko o wiele słabiej od muskaryny, działa także cholina, składnik lecytyny, z której zresztą muskaryna przez utlenianie powstaje. Równie silną autonomiczną trucizną jest jeszcze drugie ciało pochodne od choliny, t. j. neuryna. Wszystkie trzy razem zasługują ze stanowiska biologicznego z tego powodu na szczególną uwagę, że cholina jest stałym składnikiem naszego ciała i że pod wpływem bakteryi jelitowych powstawać z niej może, jak to wykazały badania E. Schmidta [16]), tak muskaryna. jak neuryna.

Wszystkie skutki chemicznego drażnienia, o których wspomnieliśmy wyżej, odnoszą się do podniecenia mózgowej i opuszkowej części układu nerwu błędnego. Część rdzeniowa, t. j. nerw miednicowy, jest na działanie trucizn autonomicznych mało wrażliwy. Ale i tu, zwłaszcza przez bezpośrednie, miejscowe zastosowanie trucizny, skutek wywołać można.

Następstwa podrażnienia autonomicznego znosi łatwo i wszechstronnie atropina, z jednym tylko wyjątkiem zwiększonej wrażliwości hamujących urządzeń w sercu, wywołanej zapomocą ezeryny.

Wrażliwość obu układów wegetatywnych na działanie wybiórczych trucizn, różna u rozmaitych gatunków zwierząt, nie jest jednakowa i u wszystkich ludzi. Trucizny autonomiczne działają powszechnie u osób młodych o wiele silniej, aniżeli u starszych. Ze znacznem stopniowaniem spotykamy się także u rozmaitych osobników, i to tak wyraźnem, że mówićby można o osobniczej wrażliwości, naturalnie w granicach dozwolonych dawek. Ten szczegół ma zwłaszcza dla kliniki doniosłe znaczenie.

Porównanie wyników, uzyskanych przez doświadczenie na zwierzętach, u których stosowano trucizny, działające wybiórczo na układ wegetatywny, z niektóremi spostrzeżeniami, poczynionemi na chorych, doprowadziło do poznania, że między objawami doświadczalnego podrażnienia nerwów wegetatywnych, a objawami nieprawidłowymi w zakresie czynności wegetatywnych u chorych zachodzą zupełne podobieństwa. Przydarza się nierzadko, że w przebiegu pewnych chorób następstwa podrażnienia, czyto układu współczulnego, czyto autonomicznego, zaznaczają się nader wybitnie i nadają całemu przebiegowi choroby, trwale lub przemijająco tylko, osobne piętno.

Ale nawet po za właściwemi chorobami zdarzają się spostrzeżenia, gdzie w przebiegu zwykłych spraw życiowych niema należytej harmonii, gdzie widocznie zachwianą jest równowaga pomiędzy działaniem nerwów współczulnych i nerwów autonomicznych.

Zupełnie logicznym wydaje się wniosek, że brak tej równowagi zależy od nadmiernego podrażnienia jednego, lub też niedostatecznego podniecenia drugiego składnika nerwowego układu wegetatywnego. Z chwilą, kiedy dla tego rodzaju zaburzeń jako przyczynę przyjmować zaczęto osobne czynniki nerwowe. powstało pojęcie nerwic wegetatywnych. Wraz z niem zrodzić się musiało pytanie, gdzie leży przyczyna istotna takiej nieprawidłowej czynności wegetatywnego układu nerwowego. Mogła nią być zmieniona wrażliwość mózgu. W takim razie nerwice wegetatywne byłyby tylko częścią zespołu nerwicy ogólnej. Niekiedy bywa tak nawet niewątpliwie, i nie można bezwzględnie odmówić słuszności tym autorom, którzy mówią n. p. o histerycznych nerwicach wegetatywnych (v. Noorden [17]). Nierzadko jednak spotkać można chorych, u których niema wyraźnych oznak nerwicy ogólnej, a mimo to, czy to w zakresie nerwu współczulnego, czy też błędnego, zjawiają się trwalsze lub przelotne tylko stany podniecenia lub zwiotczenia, dające powód do powstawania zaburzeń czynnościowych, zwykle ograniczonych, czasem także powszechniejszych. W takich razach szukać trzeba przyczyny gdzieindziej, aniżeli w nieprawidłowej pobudliwości kory mózgowej.

Punktem wyjścia dla tych poszukiwań jest właśnie wybiórcze działanie trucizn wegetatywnych, o którem mówiliśmy wyżej. Opierając się na niem, już z góry z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczać można, że także w warunkach codziennego życia na tok wszystkich spraw wegetatywnych wpływają sposobem efektywnym hormony, powstające w samym ustroju.

O tych fizyologicznych hormonach nie możemy jeszcze wprawdzie mówić jako o sprawie zupełnie zbadanej, tak jasnej, aby wolno ją było pojmować jako rzecz zupełnie już ugruntowaną, ale w każdym razie nie jest to już zupełnie ciemna, czysto hipotetyczna dziedzina. Prace ostatnich lat rzuciły nadto dość światła na wzajemne stosunki, zachodzące między wydzielaniem wewnętrznem z jednej, a czynnością układu wegetatywnego i rozlicznemi sprawami fizyologicznemi, względnie sprawami wegetatywnemi, z drugiej strony.

Wiemy, że między układem współczulnym, a układem autonomicznym panuje fizyologiczny antagonizm. Wiemy dalej, że jeden i drugi układ posiada zarówno zdolność wzniecania, względnie potęgowania pewnych spraw fizyologicznych, jak wstrzymywania, względnie zwalniania innych spraw, że role fizyologiczne obu układów są z góry dokładnie określone i pomiarkowane. O układzie współczulnym wiemy nadto z rozlicznych i wszechstronnych badań, że podlega on w całem słowa tego znaczeniu wpływom wydzieliny gruczołów chromochłonnych, znanej, przynajmniej o ile chodzi o właściwą nadnerczynę, nietylko pod względem działania fizyologicznego, ale także pod względem pochodzenia i składu chemicznego. Dzięki Japończykowi Jakischi Takamine znamy od roku 1901 czystą istotę, działającą w wyciągach z nadnerczy, zwaną powszechnie adrenaliną. Badania chemiczne Aldricha, Bertranda, Abderhaldena i Bergera, Javetta, Friedmana, v. Fürtha, Paulyego, Stolza, doprowadziły dalej do określenia drobinowego składu adrenaliny, a Stolzowi powiodło się otrzymać drogą syntezy z katechiny przyswędkowej ciało o tych samych własnościach farmakodynamicznych, jakie posiada nadnerczyna rodzima. W ostatnich czasach rozpowszechniło się używanie przetworu sztucznego tak bardzo, że przetwór rodzimy zepchnięty został i w medycynie doświadczalnej i w medycynie klinicznej niemal na plan drugi.

Wobec wszechstronnych badań układu chromochłonnego i istotnie poważnych i owocnych ich wyników, jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że badania fizyologiczne i kliniczne, zajmujące się określeniem fizyologicznego znaczenia układu chromochłonnego, względnie poznaniem fizyologicznej roli, jaką w przebiegu spraw wegetatywnych odgrywa dostarczony przezeń hormon, stanowią zarazem poniekąd podstawę dla badań nad fizyologicznymi hormonami wogóle.

Zaprowadziłoby nas zadaleko, gdybyśmy się zapuszczać chcieli w szczegóły fizyologii nadnerczy, nie leży to zresztą w zakresie obchodzącej nas w tej chwili sprawy. Ograniczymy się tylko do uwydatnienia tego, co ma bezpośrednie dla badań klinicznych znaczenie ze względu na stosunek, zachodzący między podrażnieniem za pomocą nadnerczyny, a przebiegiem spraw wegetatywnych. Chodzi tu naturalnie o takie skutki drażnienia, które łatwo dostrzedz i zmierzyć można.

(Ciąg dalszy nastąpi)

---

[16]) E. Schmidt. Zob. Meyer i Gottlieb l. c. St. 160.

[17]) v. Noorden. Hysterische Vagusneurose. Charité-Annal. 18. St. 349.

Spostrzeżenia z praktyki.

Błona dziewicza jako przeszkoda porodowa

podał

Dr Pawlicki (Stary Sącz).

W ciągu mej długoletniej praktyki przydarzył mi się po raz pierwszy przypadek przeszkody porodowej z powodu niepodatnej błony dziewiczej. Ponieważ zaś według zestawienia Ahlfelda przypadki takie należą do bardzo rzadkich, a mogą mieć pewne znaczenie tak ze strony rozpoznawczej, jak i leczniczej, niemniej też i ze stanowiska medycyny sądowej, przeto podaję to spostrzeżenie do wiadomości.

Do rodzącej W. L. w St. S., lat 25, mężatki, pierwiastki, wezwała mnie położna z powodu rzekomego zarośnięcia pochwy.

Rodząca podaje, że miesiączkowała zawsze prawidłowo i nie wiedziała, czy ma jaką wadliwość w częściach rodnych. Spółkowanie miało się odbyć tylko kilkakrotnie, bo mąż wnet po ślubie odjechał.

Badanie wykazało, że pochwę całkowicie zamyka błona dziewicza gruba, mięsista, w której znajduje się tylko mały otworek z lewej strony u góry.

Wprowadziłem w ten otworek cewnik metalowy męski, przebiłem nim błonę jaknajniżej, przeciągnąłem nitki, podwiązałem i rozciąłem.

Poród odbył się prawidłowo, lecz gdy się główka przerzynała, poodpadały podwiązki i miało wystąpić krwawienie dość obfite z miejsca podwiązania.

Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z podróży naukowej do kliniki chirurgicznej prof. Rovsinga w Kopenhadze.

Podał

Dr Tadeusz Pisarski.

Klinika chirurgiczna prof. Rovsinga zajmuje jeden z licznych pawilonów powszechnego szpitala państwowego »Righshospitalet«, położonego w północno zachodniej części miasta. Wrażenie ogólne tego szpitala jest imponujące. Pawilony leżą wśród wzorowo utrzymanego parku w dużych odstępach od siebie; uderza w nich obfitość szerokich okien, które z góry zapewniają, że nie brak tu powietrza i światła, tych tak bardzo dla zdrowia i racyonalnego leczenia ważnych czynników.

Urządzenie wewnętrzne kliniki chirurgicznej jest wytworne i zbytkowne; ale widocznie ten zbytek uznano tutaj za potrzebny dla chorego człowieka.

Klinika zbudowana jest na 120 łóżek, z czego 20 przeznaczono dla chorych septycznych; ten oddział septyczny pomieszczono w osobnym małym pawilonie, połączonym korytarzem z głównym pawilonem.

Przy wejściu na salę chorych otrzymuje się wrażenie wesołe; nie czuć tutaj atmosfery szpitalnej. Sale są obszerne, ale nie za duże; sale większe przeznaczono dla 8—10 chorych, oprócz tego są mniejsze boczne pokoje, mogące pomieścić 2—3 chorych i pokoje dla pojedynczych chorych. Oświetlenie na salach chorych jest dwustronne. Każda duża sala przedzielona jest na cztery części przegrodami w kształcie ekranów z drzewa o barwie zbliżonej do starego mahoniu; ekrany te ustawione są na metalowych drążkach, umocowanych w podłodze, wysokości mają około 2 metrów i nie dosięgają powały. Łóżka przytykają do tych przegród lub do ścian; zbudowane z blachy, pomalowanej na ciemno-zielono, nie mają w sobie nic szablonowego, szpitalnego i są bardzo wygodne. Na wkładzie drucianym znajduje się materac z włosienia. Każdy chory otrzymuje dwie poduszki; jedna (spodnia) z włosienia, wierzchnia z puchu, obie kształtu prostokątnego. Do przykrycia służą dwa kocyki wełniane, barwy kremowej. Usłanie łóżek i pościel z białego płótna zadziwiają porządkiem i czystością. Przy łóżkach zamiast nocnych szafek zgrabne stoliki, tej barwy, co ekrany, drewniane o dwu płytach; górna wyłożona w środku białemi kafelkami, a spodnia drewniana z pionową przedziałką. Na górnej płycie stoją słoje szklane z przykrywami na wydzieliny chorych. Stoliki nie mają szuflad. Urządzenia sali dopełniają drewniane, także mahoniowe, nadzwyczaj wygodne krzesełka i karła wybite zieloną skórą. We wszystkiem uwzględniono oprócz praktyczności także i wzgląd estetyczny. Ponad każdem łóżkiem znajduje się mała tabliczka drewniana, czarna, na której zapisuje się rozpoznanie Poprzeczny mosiężny drążek, przymocowany do spodu tabliczki i zaopatrzony trzema haczykami, służy do zawieszania trzech niedużych kart: na jednej zapisuje się ciepłotę ciała, na drugiej dyetę, a trzecia jest kartą nadgłówną. Na salach widziałem parę parawaników trzcinowych, obitych czerwoną materyą. Wieczór oświetlane są sale elektrycznie, a lamp znajduje się poddostatkiem w różnych punktach sali; ogrzewanie centralne, a rury do ogrzewania ukryte w parapecie okien.

Podłoga na salach chorych, jak wogóle w całym zakładzie z wyjątkiem przestrzeni operacyjnych, jest wyłożona »linotolem«. Jestto masa, podobna do cisawego linoleum, a grubość jej pokładu wynosi kilka centymetrów. Linotol myje się szczotką i mydłem, a po wyschnięciu smaruje lekko oliwą. Tłumi on doskonale wszelkie uderzenia, a więc i odgłos obuwia przy chodzeniu.

Ściany sal chorych są do połowy pomalowane emaliową farbą w różnych kolorach o szlachetnym dyskretnym tonie. Reszta ścian i powała pomalowane są zwykłą farbą na biało.

Obok sal chorych znajdują się salki do zmiany opatrunków, gdzie robi się cięższe opatrunki; zmianę lżejszych opatrunków wykonywa się na sali chorych.

Główne sale chorych znajdują się na piętrze; na parterze jest tylko pewna liczba pokojów dla pojedynczych chorych.

Do każdej większej sali należy osobna, doskonale urządzona łazienka, klozet, ubikacya, gdzie wrzuca się brudy, miejsce do mycia słojów i wreszcie kuchenka podręczna, gdzie potrawy, dostarczane windą z głównej kuchni, podgrzewa się na piecu gazowym.

Chorzy otrzymują w zasadzie 5 razy dnia pożywienie. Rano pomiędzy godz. 7—8 śniadanie, o godz 10. drugie śniadanie, między 1—2 obiad, o 3 herbata, a wieczorem między 7—8 wieczerza. Wszyscy chorzy otrzymują jedzenie do łóżek.

Na korytarzach znajdują się w obszernych niszach sale dzienne, wygodnie urządzone. Mahoniowe kanapki, wyścielane skórą, krzesełka i stoliki z pismami, kosze z żywemi kwiatami, pomieszczone tu są dla wygody i przyjemności chorych i personalu pielęgnującego.

Przestrzeń operacyjna składa się z trzech ubikacyi: sali aseptycznej, septycznej i przygotowalni. Sala septyczna jest dwa razy większa od aseptycznej i posiada dwa stoły operacyjne, na sali aseptycznej znajduje się jeden stół operacyjny. Sale te są kwadratowe o złagodzonych kątach ścian, powleczone białą emalią. Podłoga z sześciobocznych kamiennych, żółtawych płytek, posiada na boku zlewy. Oświetlenie jest górne i boczne. Ponad górnemi szybami z matowego szkła umieszczone są lampki elektryczne do wieczornego oświetlenia; boczne lampki umie-

szczone są za podwójnem oknem, zaopatrzonem w białe płócienne firanki, dla stłumienia nadmiaru światła słonecznego, położenie bowiem sal operacyjnych jest południowo-zachodnie. Na narzędzia lub puszki z wyjałowionym materyałem używane są stoliki z metalowemi lub szklanemi płytami. Na każdej sali znajdują się wpuszczone w ścianę zegar i szklane półki na narzędzia. Przybory do usypiania umieszczone są na małych stoliczkach obok stołów operacyjnych. Sala aseptyczna nie ma umywalni, w sali septycznej jest ich dwie. Miednice są fajansowe, krany niklowe, dające się łokciem lub głową otwierać, a ściana przed umywalniami wyłożona kafelkami. Ogrzewanie sal operacyjnych jest centralne, a kaloryfery ukryte są w parapecie okien. Okna nie są lustrzane, lecz w metalowych ramach dość duże szyby.

Przygotowalnia jest mniejsza od sal operacyjnych; obok umywalni o trzech kranach znajdują się tutaj dwa sterylizatory do gotowania narzędzi, jedna miednica do płukania narzędzi, cały szereg podstawek na małe miednice z sublimatem do płukania rąk, trzy stoliki na różne sprzęty, sterylizator do wyjaławiania wody, jeden mały autoklaw do szybkiego wyjaławiania. Salka ta dzieli salę septyczną od aseptycznej.

Duży autoklaw do wyjaławiania puszek z materyałem opatrunkowym znajduje się w osobnym pokoju. Wyjaławia się w parze pod ciśnieniem, a potem osusza się w autoklawie. Puszki po wydobyciu zamyka się i nie plombuje. W puszkach niklowych wyjaławia się tylko bieliznę, jak czapki, chałaty, kompresy gumowe i płócienne, prześcieradła; inne rzeczy, jak gazę, chustki, watę, opaski, szczotki, rękawiczki gumowe i niciane, wyjaławia się w puszkach blaszanych emaliowanych na biało lub niebiesko, z otworami w dnie. Przed wyjaławianiem kładzie się na dno kawałek bibuły i gazy.

Do cystoskopii przeznaczony jest osobny ciemny pokój. Chory spoczywa na stole prostym, lecz bardzo wygodnym. Obok znajduje się umywalnia i stoliki z podstawkami na cewniki i cystoskopy. Cewniki gumowe, jedwabne i cystoskopy wyjaławia się w formalinie. Służą do tego celu długie blaszane cylindry z przedziałkami i o podwójnem dnie. Na pierwsze dno leje się na watę 40% formaldehyd; do puszki wkłada się cewniki w szklanych rurach, zamkniętych z obu stron watą, a cystoskopy wstawia się do przedziałek w cylindrach, zawinięte w bibułę. Sterylizacya odbywa się przez 48 godzin na zimno.

Do zakładania opatrunków gipsowych jest osobny pokój ze stołem do wyciągu.

Oprócz tego jest cały szereg pomniejszych ubikacyi, gdzie pielęgniarki składają gazę, wkładają ją do puszek, przygotowują opaski i t. p.

Obok gabinetu dla profesora znajduje się kancelarya lekarska, cała wyłożona otwartemi półkami na historye chorób. Historye chorób są oprawiane w tomy; każdy tom zawiera historye chorób z jednego miesiąca; każdy rok ma 12 tomów. Oryentowanie się w tym zbiorze jest bardzo łatwe i szybkie.

Lekarze przebierają się w małej ubikacyi, gdzie po operacyach mogą brać ciepły tusz. Ubikacya ta jest wprawdzie bardzo mała, lecz wygodnie urządzona.

Sala wykładowa, bardzo duża, jest zbudowana amfiteatralnie i tak urządzona, ażeby można na niej wykonywać operacye.

Pracownia lekarska składa się z czterech dużych pokojów. W pierwszym pokoju, największym, stoi na środku okrągły stół z półkami na odczynniki chemiczne, na stole tym dokonuje się rozbiorów chemicznych. W rogu pokoju digestoryum z łaźnią wodną. Wzdłuż ściany pod oknami biegnie stół do mikroskopii. Znajdują się tutaj doskonały mikrotom, mikroskopy, waga analityczna i t. p. Drugi pokój urządzony do badań bakteryologicznych, wyposażony jest w kilka cieplarek do hodowania bakteryi i mały autoklaw do wyjaławiania pożywek. W trzecim pokoju jest pracownia preparatów, które mają być zachowane w muzeum. Czwarty pokój, przeznaczony na muzeum, zawiera wspaniały zbiór preparatów anatomicznych, uzyskanych przy operacyach. Szczególnie piękny i obfity jest zbiór kamieni pęcherzowych, nerkowych i wątrobowych.

Klinika nie posiada niestety osobnej pracowni rentgenologicznej, lecz odsyła chorych do zakładu wspólnego dla całego szpitala.

Materyał kliniczny jest bardzo piękny i różnorodny. W dziale chorób jamy brzusznej wielką część tworzą chore ginekologiczne, gdyż materyał ten chętnie bywa do kliniki przyjmowany. Operuje się codziennie z wyjątkiem niedzieli, od godz. 10. rano do godz. 1. w południe. Dziennie bywa 2—3 operacyi; rzadko kiedy więcej, chyba operacye nagłe, jak niedrożności jelit i t. p. Przed operacyami, o godz. 8. rano, odbywają się wizyty na salach chorych i wykład dla studentów. Wizyty odbywa sam prof. Rovsing lub pierwszy asystent; ordynaryusze zdają sprawę z przebiegu choroby swoich chorych, a prof. Rovsing przegląda szczegółowo historye chorób; historye te bywają natychmiast podczas wizyty przez praktykantów uzupełniane. Pielęgniarki zdają sprawę ze szczegółów, w ich zakres działania wchodzących. Operacyi dokonuje przeważnie sam prof. Rovsing, nawet drobniejszych zabiegów, lekarze kliniczni operują mało. Asystuje zawsze dwóch asystentów, praktykant podaje narzędzia. Trzeci asystent kliniki nie jest czynny jako chirurg, gdyż prowadzi on pracownię chemiczną, histologiczną i bakteryologiczną, a badania te są tutaj w wielkiem poszanowaniu i wykonywane są dokładnie i gorliwie. Wszystkie n. p. wysięki bywają szybko jeszcze podczas operacyi badane mikroskopowo, a wynik badania daje niejednokrotnie wskazówki co do postępowania. Obaj asystenci stoją zawsze naprzeciw operatora. Operującemu przysuwają mały stolik, na którym umieszcza się kilka peanów, pensetę, nóż, szpatułkę i kilka gazików; operator bierze sobie stąd sam narzędzia, a tylko niektóre podaje mu narzędziarz. W miarę ubywania gazików dorzuca je narzędziarz na stolik, albo też pielęgniarka podaje je długiemi kleszczami lub podaje puszkę, z której operujący wybiera gazę. Gazę i podwiązki podaje narzędziarz. Rovsing używa wyłącznie podwiązek z katgutu formalinowego, który się daje wygotować. Do podawania podwiązek służą metalowe ramki kwadratowe z rączką. Na ramkach tych rozpięte są nitki katgutu, jak struny na arfie; długość nitki około 25 cm. Narzędziarz trzyma za rączkę ramki w lewej ręce, prawą przecina nożyczkami jeden koniec struny i podaje operującemu; ten chwyta za koniec nitki, a wtedy narzędziarz obcina drugi koniec. W ten sposób nie dotyka się narzędziarz zupełnie podwiązki. Węzeł na chwyconem naczyniu zakłada się i kończy przy zamkniętym peanie; po odcięciu nitki puszcza dopiero asystent pean. Skórę szyje Rovsing zawsze drutem z bronzaluminium szwem ciągłym. Szyje bez imadła, dużemi płaskiemi igłami; tylko do szwów na jelitach używa imadła i małych okrągłych igieł. W powszechnem użyciu jest tutaj żegadło Paquelina do przecinania niektórych narządów, jak n. p. wyrostka robaczkowego, jajowodu, nasieniowodu. Wielki nacisk kładzie Rovsing na tamowanie krwotoku; wszystkie naczynia bywają podwiązane, a przy krwawieniu miąższowem przypala się żegadłem Paquelina. Postępowanie przy operacyi jest jałowe, ale z domieszką środka przeciwgnilnego w postaci 1% rozczynu fenosalylu. Płynem tym ciągle się się ranę polewa i macza, a ręce podczas operacyi opłukuje się w sublimacie wodnym 0·5‰. Fenosalyl i sublimat dostają się obficie do każdej rany.

Pole operacyjne przygotowuje się w wyjałowionych gumowych rękawicach, naprzód myje się dokładnie mydłem i wodą zapomocą wiór drzewnych wyjałowionych, po opłukaniu wodą wyciera się pole operacyjne gazą maczaną w eterze, wreszcie 0·5% rozczynem sublimatu w 50% alkoholu. Po takiem obmyciu otacza się pole operacyjne

wyjałowionymi gumowymi kompresami, na te zaś nakłada się kompresy płócienne.

Ręce myje się 5 minut mydłem i wodą płynącą ciepłą, zapomocą szczotki, wyjałowionej w autoklawie. Woda płynie z wodociągu miejskiego i jest tylko podgrzana. Mydło znajduje się w fajansowych miseczkach, umieszczonych przy umywalniach. Po spłukaniu mydła następuje mycie w 0·50‰ rozczynie sublimatu w 50% alkoholu przez 5 minut świeżą szczotką, poczem wdziewa się chałaty, rękawiczki gumowe, a na to niciane. Prof. Rovsing używa chałatu z długimi rękawami, asystenci ubierają się w chałaty z krótkimi, po łokcie sięgającymi rękawami. Rękawice gumowe wyjaławia się w autoklawie w osobnej puszce, dobrze łojkiem (talkiem) napudrowane, poprzedzielane kawałkiem bibuły. Rękawice niciane wyjaławia się także w autoklawie. Rękawice gumowe dają się łatwo wkładać, niciane dla łatwiejszego wciągnięcia macza się w rozczynie fenosalylu.

Na nogi wkłada się do operacyi wysokie gumowe kalosze, w tych samych jednak kaloszach operuje się na sali septycznej i aseptycznej. Podczas operacyi zdejmuje się niejednokrotnie rękawiczki niciane, płucze w fenosalylu i znowu je wdziewa; wyjątkowo zmienia Rovsing rękawiczki niciane na świeże.

Wyjałowione czapki podaje pielęgniarka szczypcami, a wkłada się je jeszcze nieobmytą ręką, przed rozpoczęciem mycia.

Podczas operacyi siedzą często tak operujący, jak i asystent, a Rovsing dyktuje praktykantowi przebieg operacyi do historyi choroby.

Po skończeniu operacyi osusza się linię szwów absolutnym alkoholem, przykłada cienki pasek waty i powleka kollodyonem. Na to wata drzewna i opaska kalikotowa lub płócienna, spięta agrafkami.

Chorego przywozi się wraz z łóżkiem przed salę operacyjną na wózku do przewożenia łóżka, stąd przenosi się go na stół operacyjny na rękach, co wykonują lekarze, studenci i pielęgniarki.

Na $^1/_2$ godziny przed rozpoczęciem operacyi otrzymuje chory wstrzyknięcie 0·015 morfiny. Uśpienie przeprowadza się eterem, maską Wansehna. Składa się ona z mundsztuka gumowego i worka również gumowego lub, jak tu używają, z gaudafilu. Widziałem cały szereg uśpień i stwierdziłem naocznie, jak mało zużywa się przy tem eteru. W przeciągu godziny zużywa się średnio 30 40 cm sześciennych eteru. Jeżeli się chce doprowadzić więcej powietrza, uchyla się nieco na bok mundsztuk. Podniecenie jest krótkie, a uśpienie wystarczające. Rovsing bardzo zaleca to uśpienie.

Po operacyi przenosi się chorego do ogrzanego kamionkami łóżka na rękach.

Do badania chorób nerek posługuje się Rovsing obustronnem cewnikowaniem moczowodów, poczem obie porcye moczu bada się co do leukocytów, czerwonych ciałek krwi, nabłonków, wałeczków, kryształów, białka, bakteryi widzianych w preparacie pod mikroskopem i bakteryi na pożywkach. Z prób czynnościowych największe zaufanie ma Rovsing do oznaczania ilości mocznika. Czasem posługuje się chromocystoskopią (indigocarmin), gdy chodzi o znalezienie niewyraźnego ujścia moczowodu.

W klinice pracuje 5 lekarzy, z tego jest trzech asystentami, a dwóch praktykantami. Oprócz nich pracuje tu zawsze kilku studentów. Nieliczny to personal w stosunku do wielkości kliniki i wielkiej liczby chorych, ale wystarczający wobec wielkiej liczby wyćwiczonych pielęgniarek. Klinika, jak wogóle i szpitalne oddziały, nie ma wcale męskiej służby; służby żeńskiej niższej kategoryi do spełniania najgrubszych posług jest wogóle także bardzo mało. Wszystko spoczywa w rękach pielęgniarek, wykształconych tu na miejscu, w zawodowej szkole państwowej, która stanowi część składową powszechnego szpitala państwowego. Zrozumienie przez państwo konieczności podobnej instytucyi jest dowodem wielkiej kultury w zakresie szpitalnictwa. Tutaj lekarz, czy kliniczny, czy szpitalny, pozbawiony jest olbrzymiego balastu administracyjnego, któryby go wyczerpywał i uniemożliwiał, a co najmniej bardzo utrudniał właściwe zadanie, t. j. pracę około chorych i pracę naukową. Zadaniem lekarza w tutejszych zakładach jest operowanie, badanie chorych, protokółowanie przebiegu choroby, śledzenie wyników ordynacyi, reszta należy do pielęgniarki.

Pomiędzy pielęgniarkami panuje bardzo wielka karność, a wypływa ona nie z obawy przed naganą lub jakiemiś innemi przykremi następstwami, lecz z poczucia obowiązku i z dobrze zrozumianego swojego zadania. Pielęgniarka tutejsza pracuje samodzielnie i zna doskonale swoje obowiązki i zakres działania. Szkoła pielęgniarek znajduje się w osobnym dwupiętrowym gmachu. Sala wykładowa duża, widna, zaopatrzona jest w fantomy, tablice anatomiczne, kościec i inne przedmioty, potrzebne do nauki. Przed katedrą dla nauczycieli znajdują się dwa łóżka wzorowo zasłane; w jednem z nich leży ubrany fantom. Ławek ani stołków niema, są tylko krzesła. Uczennice tej szkoły i pielęgniarki zajęte w szpitalu obowiązkowo mieszkają w zakładzie, pomieszczone są po 2—3 w jednym pokoju, tylko starsze pielęgniarki mieszkają po jednej. Urządzenie pokojów mieszkalnych jest bardzo gustowne. Dla chorych uczennic i pielęgniarek istnieją osobne ubikacye, w których na czas choroby muszą pozostawać. Do posiłku schodzą się pielęgniarki do wspólnej sali i zasiadają przy jednym stole. Wytwornie urządzony salon i biblioteka, gdzie pielęgniarki towarzysko się bawią i odpoczywają, sąsiadują z salą jadalną. Umeblowanie tych pokojów jest mahoniowe, składa się z kanapek, krzesełek, stolików, pianina, w koszach śliczne palmy, na stolikach czasopisma i książki gustownie oprawne.

Pielęgniarki tutejsze pochodzą ze wszystkich sfer społeczeństwa Wiele kobiet oddaje się temu zawodowi dla chleba, ale wiele także z zamiłowania do tej pracy, z poczucia, że każdy człowiek powinien dla swojego społeczeństwa pracować. Po roku teoretycznej nauki w szkole otrzymuje uczennica dyplom na pielęgniarkę i zostaje przydzielona do jednego ze szpitali lub do kliniki, gdzie przez pierwszy rok spełnia łatwiejsze i mniej odpowiedzialne zajęcia, potem dopiero w miarę doświadczenia powierza się jej ważniejsze czynności, jak n. p. wyjaławianie, przygotowanie do operacyi i t. p

Pielęgniarki, pracujące po klinikach i oddziałach szpitalnych, mieszkają w swoim gmachu. Na noc pozostają tylko te, które mają powierzone czuwanie nad chorymi. Po czuwaniu ma pielęgniarka wolny dzień dla odpoczynku, co parę zaś dni wypada wolna cała doba, którą pielęgniarka może spędzić poza obrębem szpitala.

Wynagrodzenie w stosunku do jakości ich pracy i pożyteczności, a już szczególnie w stosunku do płacy naszej, przeważnie nieudolnej służby, jest bardzo skromne. Pielęgniarka pobiera miesięcznie 20 duńskich koron (około 25 koron austryackich), otrzymuje mieszkanie i całkowite utrzymanie, a także ubranie służbowe.

Zbierając wszystko, co podczas pobytu mego na klinice Rovsinga widziałem, otwartą zostawić muszę sprawę urządzeń sal operacyjnych, sprawę systemu i metod operacyjnych, jako sprawę osobistego zapatrywania, doświadczenia, wreszcie szkoły.

Z wielkiem jednak uznaniem należy być dla porządku, czystości i ładu, jaki się tu wszędzie widzi, a już zwłaszcza dla znakomicie zorganizowanej i wyćwiczonej służby pielęgniarskiej. Pod tym względem, z przykrością stwierdzić trzeba, stoimy jeszcze bardzo nisko. Poruczenie u nas pielęgnowania chorych osobom zakonnym, krępowanym regułą i służbie, zupełnie do tego nieprzygotowanej, nie kulturalnej, często niepiśmiennej, razi jako anachronizm.

Poczuwając się do wielkiej wdzięczności, składam na tem miejscu podziękowanie Wysokiemu Wydziałowi Kra-

jowemu za umożliwienie podróży przez udzielenie mi stypendyum.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Borchers: **Całkowite wyłuszczenie migdałków podniebiennych** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 41). D. uważa wyłuszczanie całkowite migdałków za jedynie racyonalny sposób. Mylnem jest zdanie, że usunięcie migdałów jest szkodliwe. Szkodliwem może być tylko pozostawienie chorych części przy obcinaniu. Bardzo dobrze i łatwo wyłuszczać można migdały (o ile nie są zbyt miękkie) w uśpieniu chlorkiem etylu w ten sposób, że wyłuszcza się je z łożyska najpierw zapomocą elewatoryum, a potem łatwo do reszty palcem, odcinając w końcu nożyczkami pasma tkanki, trzymające się migdałka. Nie potrzeba do tego żadnego wielkiego instrumentaryum, operacya jest prosta i może dokonać jej każdy lekarz ambulatoryjnie. Krwotok bywa przytem nieznaczny i nie ma obawy zranienia większych naczyń, nieprawidłowo przebiegających. Z uśpienia chlorkiem etylu był D. w 30 przypadkach bardzo zadowolony. B. kładzie choremu na nos 8 płatków gazy i na nie daje kroplami chlorek; zwykle w 1—2 minut występuje stan, w którym można zupełnie już spokojnie operować. Po wyjęciu jednego migdałka chory się budzi; każemy mu wtedy usta wypłukać i znowu usypiamy go do operacyi strony drugiej. K.

Brandes: **Przypadek śmierci wskutek zatoru po wstrzyknięciu maści bizmutowej Becka do przetoki z ropniaka klatki piersiowej** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 44) Leczenie przetok pastą bizmutową Becka daje wprawdzie nieraz bardzo dobre wyniki, ale nie wolne jest od niebezpieczeństw, jako to zatrucie bizmutem, wytworzenie się zatoru. Pierwszego powikłania możemy uniknąć, stosując przetwory nie trujące, lub też usuwając pastę z powrotem. Zatory występują wprawdzie rzadko, ale są bardzo groźne. Taki właśnie przypadek opisuje autor. Po wstrzyknięciu (po raz drugi) 40 cm³ pasty wystąpiły objawy zatoru płuc i mózgu, a w końcu śmierć. Należy tedy pamiętać, by wstrzykiwać wolno i bez zbytniego ciśnienia i nie używać do wstrzykiwania cewnika, wsuwanego do przetoki, bo łatwo może on zranić ścianę przetoki. K.

Kümmell: **Przyczynek do chirurgii zapalenia nerek** (Arch. f. klin. Chir. 98. III). K. omawia wyniki leczenia operacyjnego przy zapaleniu nerek. Zapalenie nerek przy płonicy zwykle operacyi nie wymaga, w razie jednak bezmoczu nieraz nacięcie nerki lub obłuszczenie ratuje życie. Bardzo dobre wyniki daje obłuszczenie nerki przy toksycznych zapaleniach nerek (zatrucie sublimatem, karbolem, chloranem potasu i t. p.), a także przy rzucawce porodowej. Doskonałe wyniki operacyjne osiąga się też przy ostrych zakaźnych sprawach nerki (nephritis apostematosa), gdzie zwykle spotyka się liczne ropnie w substancyi korowej, a nawet i głębiej. Wykonywać trzeba przytem o ile możności nacięcie nerki (czasem jest się zmuszonym nawet do wycięcia nerki). Mniej pewne, choć czasem niezłe wyniki osiąga się przez obłuszczenie przy cierpieniach przewlekłych, zwłaszcza tam, gdzie chodzi o silne bóle nerkowe lub krwotoki. Natomiast leczenie operacyjne przy właściwej chorobie Brighta zawodzi lub daje tylko poprawę przemijającą. K.

Kawasoye: **Doświadczalne badania nad sztucznem zamykaniem moczowodu** (Zeit. f. gyn. Urolog. III. Nr 4). Na podstawie doświadczeń na zwierzętach podaje autor następujące uwagi co do sprawności nerki po zamknięciu moczowodu: Jeżeli zamknięcie moczowodu trwa dwa do czterech dni, nerka nie okazuje potem żadnych trwałych zmian i powraca całkowicie do swej czynności. Natomiast jeżeli zamknięcie trwa 4—7 dni, nerka zwykle częściowo okazuje już upośledzenie czynności. Po dniach 14 tylko nieliczne odcinki nerki są jeszcze zdolne do czynności (badanie zapomocą próby indygo-karminowej). Po 3 tygodniach trwania zamknięcia moczowodu, czynność całej nerki ulega zwykle już upośledzeniu na stałe. A.

Roosen: **Narzędzie do jałowego cewnikowania.** (Berl. kl. Woch. 1912, Nr 41). W środku cewnika znajduje się jałowy materyał, który w miarę wsuwania cewnika wsuwa się jako pochewka na cewnik od tyłu ku przodowi, chroniąc cewnik od zetknięcia się z błoną śluzową. Przez pociągnięcie za nitkę wsuwamy pochewkę z powrotem do środka i wyciągamy cewnik. A.

Marcuse: **O niedowładzie gruczołu krokowego** (Med. Klinik 1912. Nr 45). O ile o przeroście sterczu pisano i pisze się ciągle dużo, o tyle bardzo rzadko wspomina się o cierpieniach sterczu, przy których niema powiększenia tego gruczołu, a przedewszystkiem mało jest lekarzowi znany obraz chorobowy niedowładu sterczu. Cierpienie to nie jest bardzo rzadkie i wystąpić może w każdym wieku, najczęściej między 30—60. rokiem życia. Rozpoznanie, prócz wielu innych objawów, ułatwia badanie palcem. Gruczoł wydaje się wtedy miękki, mało odróżnia się zbitością od otoczenia i jest mniej drażliwy, niż zwykle. Cierpienie to wystąpić może samoistnie, lub też na tle trypra. Nierzadko spotykamy je u ludzi, którzy w młodości cierpieli na mimowolne moczenie nocne, a nawet w wielu przypadkach przy tem cierpieniu u chłopców gruczoł przedstawia właśnie charakterystyczne dla niedowładu zmiany. Bardzo często towarzyszą niedowładowi zmazania, niezdolność płciowa, oddawanie moczu podczas spółkowania, odchodzenie moczu kroplami i t. d. Niedowład wywołać może także przy odpowiedniem usposobieniu forsowna jazda konna. Niedowład sterczu spotyka się także często u neurasteników. Leczenie zwykle jest wdzięczne. Leczymy powód choroby, a prócz tego miejscowo stosuje się leczenie miesieniem, dalej zimnem i gorącem. Jeżeli równocześnie leczymy trypra, trzeba unikać środków zbyt drażniących. W uporczywych a ciężkich przypadkach uciec się w końcu trzeba do operacyi.

Doc Lotheisen: **O leczeniu pastą nowojodynową.** (Ze szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu, 1912). Leczenie przetok pastą bizmutową Becka oddaje cenne usługi, należy jednak zwracać bacznie uwagę, by nie wywołać zatrucia. Z tego też powodu zamiast bizmutu używa obecnie Lotheisen do pasty nowojodyny z bardzo dobrym skutkiem, zwłaszcza, że jod przy gruźlicy działa nieraz niemal swoiście. W początkach używa L pasty o składzie: »Rp. Novojodin 60,0, Vaselin. flav. americ. 120,0«, a do dalszych wstrzykiwań: »Rp. Novojodin 60,0, Paraffin. liq. 30,0, Vaselin. 120,0, Cer. alb. 10,0«. Nie należy nigdy wprowadzać naraz więcej, niż 60 cm³ i nie pod silnem ciśnieniem. Po wstrzyknięciu na miejsce wstrzyknięcia kładzie się worek z lodem na pół godziny. Pierwszy opatrunek po 4 dniach, a gdy wydzielina duża, to powtórne wstrzyknięcie. Gdy wydzielina mimo to zwiększa się, to należy myśleć o ciele obcem w głębi przetoki. Średnio w połowie przypadków osiąga się wyleczenie. Gorzej goją się przetoki gruźlicze, idące od kości, natomiast bardzo korzystne wyniki osiąga się przy przetokach klatki piersiowej po ropniakach opłucnej; można też próbować tego leczenia przy ropniach zimnych i wtedy L. wprowadza pastę z małego nacięcia. Przy przetokach odbytnicy próbować można tego leczenia, gdy przetoka jest bardzo rozgałęziona. Nieraz goją się dobrze po paście przetoki gruczołowe. Próbować też można pasty przy gruźliczych schorzeniach stawów zamiast plomby Mosetiga. Pasta nowojodynowa daje wcale nie gorsze obrazy rentgenowskie, niż bizmutowa. Wstrzykiwania pastą powinien robić tylko fachowy chirurg, i to w szpitalu.

Unikać należy leczenia pastą przy sprawach ostrych, a zawsze stosować je oględnie pod ciągłą kotrolą rentgenowską. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Stokar. **Doświadczenia z salwarsanem w praktyce.** (Med. Klinik 1912, Nr 47). Autor chwali bardzo salwarsan jako środek, który w kombinacyi z rtęcią przewlekle z przerwami stosowany, o wiele prędzej i energiczniej zwalcza kiłę, niż wszystkie dotychczas używane sposoby leczenia. S. poleca salwarsan głównie w neurorecydywach, dalej u tych chorych, u których istnieje idyosynkrazya do rtęci, lub gdzie objawy kiłowe na rtęć wcale lub nieznacznie tylko oddziałują; ostrzega jednak przed wielkiemi dawkami, stosowanemi w krótkich przerwach, i zwraca uwagę na bardzo różną wrażliwość na arszenik u rozmaitych osób, wychodząc zresztą z zasady, że już w jedynej, przepisanej dawce salwarsanu, zawartość arszeniku jest kilkakroć wyższą, niż używana w lecznictwie dawka najwyższa samego arszeniku. Mondschein.

Prof. Schultze. **Kiłowe schorzenia ośrodkowego układu nerwowego.** (Med. Klinik 1912, Nr 48 – 49). Dodatni odczyn Wassermana w płynie mózgowordzeniowym przemawia stanowczo za schorzeniem przyrody kiłowej. Rzadkie są nader przypadki, gdzie przy schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego odczyn jest ujemny. Odczyn ten jest często dodatni przy czysto drugorzędnych ogólnych objawach kiły, gdzie ośrodkowy układ nerwowy wcale żadnych jeszcze zmian chorobowych nie wykazuje; jeśli jednak przy schorzeniach mózgowych o pochodzeniu niepewnem odczyn Wassermana jest dodatni, to on stanowczo przemawia za kiłowem pochodzeniem sprawy. Stan obecny nauki jest w tym kierunku taki, że porażenie postępowe jest stanowczo czystem następstwem kiły, tak, iż ogólnie uzasadnionem jest twierdzenie: bez kiły nie ma porażenia postępowego.

Dzięki odczynowi Wassermana zwrócono baczniejszą uwagę na młodzieńcze porażenie postępowe, a więc tę postać porażenia, która ma swe źródło w odziedziczonej kile. Wprawdzie ta postać nie musi, jak dawniej sądzono, wystąpić w drugiem dziesięcioleciu życia, między bowiem zakażeniem kiłowem a wybuchem tej choroby nabytej u dorosłego jest zwykle przerwa 12 — 15 lat; może ona wystąpić o wiele później, ba nawet w piątem dziesięcioleciu. Za młodzieńczą odziedziczoną formą przemawia często spotykana trójca objawów Hutchinsona.

Brak odruchów kolanowych i objaw Argyll-Robertsona przemawiają stanowczo przeciw porażeniu, a za wiądem rdzenia. Za tem schorzeniem przemawia też brak zaburzeń mowy i pisma, dobra oryentacya co do miejsca i czasu, brak uszczerbku w inteligencyi danego osobnika, choć nie jest wykluczone i nieraz przez autora bywało spostrzegane występowanie u tabetyków zaburzeń psychicznych w postaci psychoz paranoidalnych z bardzo nieraz żywemi złudzeniami zmysłowemi. Co do tego, czy to uważać należy za psychozę właściwą tej chorobie, czy za przypadkowe powikłanie, rozmaite obecnie są zapatrywania. W każdym razie nie można na podstawie takich objawów rozpoznawać porażenia postępowego, choćby nawet było u danego osobnika pewne zaburzenie inteligencyi, ponieważ ono i przy wiądzie zdarzyć się może. Wiąd rdzenia bowiem jest chorobą par excellence przewlekłą, ciągnie się nieraz do późnego wieku i tu kombinować się może z otępieniem starczem lub z rozległą miażdżycą tętnic mózgowych. Także maniakalne stany podrażnienia nerwowego zdarzają się u tabetyków w posuniętym okresie i wieku.

Przewlekły alkoholizm może dawać podobne objawy i zaburzenia w odruchach, porażenia, bezład ruchów, bóle, zaburzenia czucia, niewyraźną mowę, otępienie umysłowe, brak pamięci, oryentacyi, kompleks objawów Korsakowa, a nawet, jak Nonne wykazał, objaw Argyll-Robertsohna, który dotąd stanowczo uważany był za pewny dowód przebytego zakażenia kiłowego. Ten zbiór objawów nazywano nawet alkoholowem porażeniem rzekomem, którą to nazwę obecnie porzucono. Ale powyższe objawy u chorego na wiąd alkoholika mogą łatwo dać powód do pomyłek rozpoznawczych.

Co się tyczy leczenia przy kile mózgowordzeniowej, to salwarsan daje dobre wyniki. Przy porażeniu postępowem i wiądzie rdzenia należy być ostrożnym co do podawania salwarsanu i przypisywania mu pomyślnych rezultatów, gdyż, jak doświadczenie uczy, przy obu powyższych chorobach często są pozorne samoistne polepszenia. Także obecnie zawcześnie byłoby osądzić, czy przy równoczesnem leczeniu kiły salwarsanem i rtęcią spodziewać się można zmniejszenia się w przyszłości, częstości porażenia postępowego i wiądu. Mondschein.

Decker. **Maść szkarłatowa i jej odmiany.** (Med. Klinik 1912, Nr 49). Maść ta (Scharlachrothsalbe) wywołuje bardzo silne bujanie nabłonka; ujemną jej stroną jest brukanie bandaży i bielizny. Stosować ją należy na rany o ziarninie bez zbytniej wydzieliny, w przeciwnym razie maść ta wzmaga bardzo wydzielanie, które znów przeszkadza pokryciu się nabłonkiem. Substancyą czynną w tej maści jest amidoazotoluol. Od chwili odkrycia tego składnika używa się go jedynie do sporządzenia tej maści, i to podobnie, jak w pierwotnej maści szkarłatowej, w 8% zgęszczeniu; taka maść jest wprawdzie równie droga jak tamta, ale działa szybciej i nie brucze tak opatrunku, który barwi się tylko słabo żółto. Nie wytwarza ona blizn twardych, co jest wielką zaletą szczególnie w sąsiedztwie stawów. Fabryki Kalle i Sp. wytwarzają substancyę podobną do amidoazotoliny i nazywają ją pellidolem, a ma ona tę wyższość, że nie barwi opatrunku, rozpuszcza się w tłuszczach, waselinie, a więc znajduje się w maści w rozpuszczeniu, a nie w zawiesinie, jak amidoazotoluol; wobec tego jest w słabszem zgęszczeniu i nie drażni tak tkanki, a co do skutku nie ustępuje pierwotnej maści szkarłatowej. Taż fabryka wyrabia też drugą podobną substancyę, azodolen, połączenie pellidolu z jodolenem (połączenie jodolu z białkiem), mającą własności odkażające i nie barwiącą wcale opatrunku. Autor stosował te maści w rozległych ranach, jak zranieniach zwykłych, ranach z oparzenia, wrzodach goleni, z bardzo dobrym i szybkim skutkiem, a przenosi dla czystości maści, zawierające pellidol, azodolen i amidoazotolinę nad pierwotną maść szkarłatową. Mondschein.

Jungman. **Jak nie należy leczyć tocznia.** (Med. Klinik Nr 48, 1912). Autor występuje przeciw leczeniu tocznia środkami gwałtownymi, a więc przypalaniem laseczką łapisu, czy sinego kamienia, kwasem azotowym czy solnym, pastą wiedeńską czy Landolfa, albo zabiegami operacyjnymi, jak nakluwaniem lub skrobaniem ostrą łyżeczką. Tymi sposobami bowiem niszczy się zwykle także zdrową tkankę, znajdującą się między wykwitami tocznia. Żaden z tych sposobów niema własności niszczenia tylko części chorobą dotkniętych, a oszczędzania zdrowej tkanki. Autor odrzuca także stosowanie tych środków jako przygotowawczych przed poddaniem tocznia działaniu niu promieni pozafioletowych sposobem Finsena, ponieważ sposoby owe wywołują zwykle bliznę grubą, wałowatą, przez którą promienie pozafiołkowe przeniknąć często nie zdołają. W tych przypadkach stosuje autor nieraz używaną maść, jak pyrogallusową czy rezorcynową, albo nadmanganezian potasu lub sublimat w słabym rozczynie. Niektóre przypadki nadają się do zupełnego wycięcia, i to autor radzi wycinać najmniej 1 cm poza wykwitami tocznia w zdrowej tkance dla zapobieżenia nawrotom. Do przypadków, nadających się do wycięcia (sposób Langa), należą małe guzki odosobnione lub też i zlewające się w małe pola, a przedewszystkiem toczeń nosa, który zawsze łączy się ze zmianami lub jest następstwem zmian pierwotnych w błonie śluzowej nosa. Pierwsze formy tocznia nosa należy pokryć płatami z czoła, ramienia lub sposobem Thierscha, w drugiej formie należy użyć protez,

które czasem bywają tak doskonałe, że zupełnie czynią zadość wymogom kosmetyki, a stale są lepsze od plastyk nosowych z czoła; plastyki te bowiem wyglądają z początku zwykle za wielkie, potem za małe, a zwykle zatykają przewody nosowe. Proteza nosa ma to jeszcze pierwszeństwo, że pole wycięte można ciągle nadzorować i w razie małych nawrotów łatwo je leczyć. Obok promieni Finsena radzi autor stosować rad, promienie Röntgena; często też zachodzi potrzeba kombinacyi tych sposobów. Mondschein.

R. Rohrbach. **O nowszem leczeniu powikłań wiewióra.** (Dermat. Zeit. 1912. zesz. 1). Leczenie wstrzykiwaniami elektrargolu w chore najądrza autora nie zachwyca. Bolesność jest tak duża, a wynik tak wątpliwy, że R. leczenia owego mimo publikacyi Ascha, w której tenże o świetnych wynikach leczenia elektrargolem donosi — zaprzestał. Arthigon oddał natomiast autorowi znaczne przysługi. U 50% chorych cierpiących na zapalenie najądrza bolesność po podaniu arthigonu znika w krótkim czasie, a leczenie skraca się znacznie. Wstrzykiwania podskórne czy śródmiąższowe są prawie niebolesne i żadnych przykrych następstw nie wywołują. Leczenie arthigonem chorych, cierpiących na zapalenie stawów wiewiórowe, jest »wprost wskazane« bo »nie mamy do dziś dnia środka, któryby tak szybko uspokajał bóle, znosił podniesienie się ciepłoty ciała i przywracał choremu w tak krótkim czasie możność poruszania w danym zajętym stawie«. H. L. Weber.

Weidenfeld. **O rozlicznych nabłoniakach skóry** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1912. T. 111). W pracy swej opisuje W. przypadek rozlicznych nabłoniaków skóry u pewnej chorej, która z powodu białaczki przez lata całe była leczona arsenem. Nabłoniaki owe powstawały w miejscach, w których skóra uległa choćby lekkim urazom, jak np. ukłucie lub lekkie skaleczenie się. W. sądzi, że ową własność nabłonka, odpowiadającego na urazy wytworzeniem się nowotworów, u danej pacyentki przypisać należy nadużyciu arsenu. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dn. 4. XII. 1912.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: Sonenberg.

1) Kol. Trenkner pokazał 6-letniego chłopca z zezem rozbieżnym, wysadzeniem prawego oka, opadnięciem prawej powieki górnej, rozszerzeniem źrenic, słabym odczynem źrenicznym prawego oka, ze zmianami na dnie oka, a mianowicie: z lekkim obrzękiem w okolicy prawego nerwu wzrokowego, bladością obydwu tarcz. Z innych objawów: drżenie mięśni kończyn dolnych i wzmożone odruchy kolanowe. Na zasadzie powyższego kol. T. rozpoznaje **guz mózgu**, przypuszczalnie w okolicy wzgórka czworaczego.

2) Kol. Grosglik i Klozenberg pokazali kobietę w wieku lat 26, z **twardziną skóry**. Według kol. Klozenberga jest to kombinacya twardziny ze zgorzelą symetryczną Raynauda.

3) Kol. Grabowski: **O nowem prawodawstwie fabrycznem i o kasach dla chorych.** W dyskusyi wzięli udział koledzy: Sterling, Pański, Handelsman, Tereszkowicz, Rundo, Tomaszewski, Pinkus, Goldberg, Krusche i prelegent.

Ze względu na to, że poruszona sprawa interesuje nietylko członków Towarzystwa, lecz w równej mierze obchodzić powinna i lekarzy nie stowarzyszonych, nowe bowiem prawodawstwo fabryczne przewiduje zasadnicze zmiany w dotychczasowych stosunkach fabryczno-lekarskich, uchwalono wybrać komisyę (z kol. Pinkusa, Grabowskiego i Goldenberga), któraby poruszoną przez kol. Grabowskiego rzecz ujęła w postaci treściwego elaboratu i złożyła go na ręce Zarządu, który znów zaprosi na jedno z posiedzeń styczniowych r. p. wszystkich lekarzy, praktykujących w Łodzi, celem wspólnego omówienia rzeczy i ewentualnego powzięcia postanowień w tej tak ważnej dla interesów zawodowych lekarzy sprawie.

4) Kol. Maybaum przedstawił: 1) oddzieloną pod wpływem wziętego w celach samobójczych kwasu siarczanego i wykrztuszoną po 8 dniach **błonę śluzową przełyku,** w postaci odlewu przełyku, 2) preparat **złośliwego nowotworu** żołądka (u 42-letniej osoby).

Posiedzenie z dn. 18. XII. 1912.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: Sonenberg.

1) Kol. Trenkner w zastępstwie nieobecnego na posiedzeniu kol. Goldenberga przedstawił mężczyznę, mającego 67 lat, z wątrobą bardzo powiększoną, której dolna granica sięga poniżej pępka. Rozpoznanie waha się między guzem wątroby a marskością. (Przypadek z ambulatoryum Towarzystwa dobroczynności).

2) Kol. Klozenberg przedstawił 24-letnią kobietę, u której w 17. roku życia wraz z ustaniem krwawień miesięcznych i zmniejszeniem się gruczołów sutkowych nastąpiła zmiana w uwłosieniu; owłosienie twarzy, klatki piersiowej, brzucha i wewnętrznej powierzchni ud przybrało charakter owłosienia męzkiego. Badanie ginekologiczne stwierdza obecnie zanikanie narządów rozrodczych (bardzo małą macicę, jajniki wielkości grochu). Prócz tego chora cierpi na cukrzycę ($1^1/_2$% cukru). Kol. Klozenberg przypuszcza w danym przypadku schorzenie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem **(insuffisance polyglandulaire)** i zamierza zastosować leczenie w kierunku organoterapeutycznym.

3) Kol. Trenkner podał cyfry, dotyczące preliminowanego na r. 1913 budżetu.

4) Kol. Silberstrom: **O badaniu krwi co do ciąży sposobem Abderhaldena.** Treść odczytu w zarysach najogólniejszych: Najnowsze prace fizyologów, a głównie Abderhaldena, dowiodły, że pokarmy białkowe ulegają w przewodzie pokarmowym rozszczepieniu na związki najprostsze, zwane kwasami aminowymi, i dopiero w nabłonku jelita białko z tych kwasów aminowych zostaje na nowo odbudowane w postaci białka, danemu ustrojowi właściwego, czyli, jak je Abderhalden nazywa, białka krwi rodzimego. Abderhalden odróżnia w samym ustroju białko krwi od białka komórek, które to białka są względem siebie obce, ponieważ mają budowę niejednakową. Gdy więc pokarmy białkowe wprowadzimy do ustroju nie przez przewód pokarmowy, lecz wprost do krwi, ustrój odpowiada na to szybkiem uruchomieniem fermentów proteolitycznych, które białko rozszczepiają, jak to czynią fermenty przewodu pokarmowego. Obecność tych fermentów we krwi można ustalić za pomocą polarymetru lub zapomocą dyalizy. Wychodząc z tego faktu, a również i z tego, że podczas ciąży odczepiają się elementy kosmówki, i że one, krążąc w krwiobiegu matki, stają się względem niej materyałem białkowoobcym, Abderhalden i jego uczniowie szukali we krwi ciężarnych fermentów, rozszczepiających białko i istotnie je znaleźli. Badanie więc krwi co do ciąży sprowadza się do stwierdzenia wymienionego fermentu we krwi, który znajduje się stale od I. miesiąca ciąży i znika dopiero w 2 tygodnie po porodzie.

W dyskusyi wzięli udział koledy: Tenenbaum, Sonenberg i Klozenberg.

5) W końcu posiedzenia kol. Bogusławski podzielił się ze słuchaczami wynikami swych doświadczeń z różnymi **środkami dezynfekcyjnymi** i uzasadnił potrzebę oddziału izolacyjnego.

W dyskusyi przemawiali koledzy: Trenkner, Maksymilian Cohn i Rosenthal. E. Sonenberg.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XIX. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 27. kwietnia (10. maja) 1912.

Obecnych członków 21, gości 3. Przewodniczy wiceprezes Dr Szymon Dzierżgowski.

Przewodniczący podaje do wiadomości, że Dr Witold Zasidatel-Krzemieński odczyt swój »O zatruciu tytoniem w związku z nauką o angioneurozach i z chorobą Raynauda« z powodu choroby odwołał.

Wobec tego wygłosił prof. Ziemacki rzecz p. t.: **Przypadek zwężenia odźwiernika z zastosowaniem gastroenteroanastomozy** (z pokazem operowanej chorej).

M. J., 37 lat. nauczycielka, zachorowała 3 lata temu najniespodziewaniej na bóle w nadpępczu, które z początku ograniczały się do niewielkiej przestrzeni, a z czasem rozszerzyły się na cały żołądek. W jesieni 1911 zaczęły się częste wymioty, odbijanie, czasem kwaśne, czasem cuchnące. Chora nie może jeść stałych pokarmów, lecz musi odżywiać się tylko płynami. W pierwszych miesiącach choroby miewała krwawe wymioty. Dwa lata temu rozwolnienia, które powoli ustąpiły i w roku bieżącym cierpi chora na zaparcie. które ustępuje tylko lawatywom. Czasem miewa chora bicie serca, zrzadka kaszle. Miesiączkowanie co 6 tygodni po 1—3 dni. Osoba bardzo wychudła. Język suchy, zlekka obłożony. Ucisk na nadpępcze bolesny. Podczas rozdęcia żołądka sztucznie kwasem węglowym, granice jego na palec nie sięgają do pępka. Na całym brzuchu odgłos opukowy bębenkowy, bez żadnego stłumienia. Badanie zawartości żołądka 5. marca wykazało, że w 45' po próbnem śniadaniu Boas-Ewalda wypompowano z żołądka 70 cm^3 płynu z wielką domieszką śluzu. Płynna część przesączu jest żółtawa, opalizująca, zawiera wolny kwas solny. Ogólna kwasność soku żołądkowego 66 cm^3, $^1/_{10}$ n. NaHO — 0·24%. — Wolny kwas solny 34 cm^3 — 0,12%. — Związany kwas solny wedle Töpfera 30 cm^3 — 0,11%. — Kwasu mlecznego, octowego i masłowego nie znaleziono. — Próba benzydynowa ujemna. Próba Gmelina dodatnia. — Pepsyna wedle Grossa, w ilości prawidłowej. Przy badaniu drobnowidowem znaleziono wielkie ilości śluzu, po części zmieszanego z wielką ilością krwinek białych i komórek nabłonkowych, komórki drożdżowe i napęczniałe ziarna krochmalu.

Stan ogólny chorej dość dobry. W sercu i płucach żadnych zmian niema. W moczu c. g. = 1020, oprócz zwiększonej zawartości soli moczanowych znaleść można nieco cylindroidów i nieco komórek nabłonkowych z kielichów nerkowych. Waga ciała 2 p 30 f. Ciepłota ciała waha się pomiędzy 37,7 lub 37,8 do 37,4 lub 37,5°. W przeciągu dwóch tygodni, które chora przebyła w mojej klinice, waga ciała podniosła się o 2 funty. Pomimo tego jednak bole i odbijanie i niemożność spożywania pokarmów stałych zmuszały do przedsięwzięcia operacyi, którą też wykonałem w dniu 14. (27.) marca 1912. Po rozcięciu brzucha zbadanie okolicy odźwiernika wykazało, że ściana żołądka jest w tej okolicy nieco zgrubiała, a sam odźwiernik jest tak zwężony, że nie przepuszcza palca, a co najwyżej może przepuścić ołówek zwyczajnej grubości. W uśpieniu chloroformowo-tlenowem wykonałem gastroenteroanastomozę pomiędzy jelitem czczem a żołądkiem sposobem Roux, przyczem odprowadzającą pętlę jelita wszyłem do tylnej ściany żołądka, dotarłszy do niej przez worek sieciowy (bursa omentalis) rozcięciem krezki jelita poprzecznego. Jelito doprowadzające wszyłem w jelito odprowadzające o 10 do 12 centymetrów poniżej połączenia z żołądkiem. Na rozciętą krezkę jelit założyłem szwy, którymi przyszyłem ją do otrzewnej, wyścielającej tylną powierzchnię jamy brzusznej i krezkę jelita poprzecznego. Szwy Lamberta, węzełkowe, jedwabne.

Operacyę chora zniosła doskonale. Przebieg pooperacyjny bez zarzutu. Zgojenie doraźne. Ciepłota wahała się pomiędzy 36,7° a 37,6°. Dnia 21. marca zdjąłem szwy. Dnia 26. wstała chora z łóżka, 2. kwietnia wyszła z kliniki zupełnie zdrowa. Ostatnimi dniami w czasie pobytu w klinice zaczęła odżywiać się bez zwracania uwagi na rodzaj pokarmu, przyczem okazało się, że jeść może dowolnie wszelkie potrawy, nie uczuwając żadnego bolu, a nawet zaczęła uczuwać wilczy apetyt i dogadzać sobie, jedząc chleb razowy, mięso i t. d., na co dawniej nie mogła sobie pozwolić. W chwili wyjścia z kliniki, waga ciała wynosiła 2 p. 24 ft. Na posiedzeniu Sekcyi lekarskiej Związku P. L. i P. mogłem przedstawić chorą już zupełnie zdrową; wygląda ona doskonale, je wszystko, co się jej żywnie podoba, trawi doskonale, waga ciała znacznie się wzmogła.

Nawiązując do tego przypadku sprawę wartości różnych sposobów gastroenteroanastomozy, stanowczo przechylam się na zasadzie własnego doświadczenia u chorych ludzi, a głównie na zasadzie doświadczeń, dokonanych na psach zdrowych, do metody Roux, tylko wykonywanej nie sposobem bocznej anastomozy, lecz poprzecznem cięciem jelita czczego i przyszyciem poprzecznego cięcia jelita do tylnej bocznej ściany żołądka. Tylną boczną ścianę żołądka otwieram przez rozcięcie krezki okrężnicy poprzecznej i od torby sieciowej. Jestto metoda zupełnie analogiczna do drugiej metody Wölflera, wypracowanej na psach. Metoda ta ma niezrównaną wyższość nad sposobami bocznych anastomoz Wölflera, Hackera, Brenner-Billrotha i t. d. (Streszczenie własne).

Przewodniczący w imieniu zgromadzenia dziękuje prelegentowi za zajmujący odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Podano do wiadomości, iż w jesieni (data ściśle jeszcze nie określona) ma się odbyć w Krakowie Zjazd chirurgów polskich. 2) Odczytano listy, przesłane do prof. Ciechanowskiego i Dra Kwaśnickiego z powodu mianowania ich członkami honorowymi »Związku«. Również odczytano ich odpowiedzi. 3) Prof. Weljaminow zwraca się do »Związku« z prośbą o dostarczenie referatów chirurgicznych prac polskich. Obrano komisyę złożoną z prof. Ziemackiego, Drów Szymanowskiego, Zdanowicza, W. Kozłowskiego i stomatologa Jana Kozłowskiego. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

Posiedzenie z dnia 12 stycznia 1912.

Obecnych 32 członków i 8 gości.

1) Kol. Załkindson pokazuje chłopaka lat 12, u którego przed 4 miesiącami dokonał **gastroenteroanastomozy** z powodu silnego zwężenia odźwiernika (wrzód). Obecnie w miejscu cięcia na skórze nieduża blizna, chłopak czuje się znakomicie. Ciekawem jest, że ojciec jego przed laty 8 również miał silne zwężenie odźwiernika, lecz nie chciał poddać się operacyi i zmarł z wyniszczenia głodowego.

2) Kol. Szabad opisuje swe wrażenia z III Zjazdu internistów i Zjazdu Ligi przeciwgruźliczej w Moskwie w końcu 1911 r. (nie nadaje się do streszczenia).

Posiedzenie z dnia 13 lutego 1912.

Obecnych 32 członków i 6 gości.

Kol. Szapiro: **Podstawy współczesnej dyagnostyki gruźlicy płuc.** Referent podkreśla, że w przypadkach niewyraźnych nie należy pogardzać nawet taką na pozór drobnostką, jak badanie płuc w godzinach rannych, gdyż wówczas w drogach oddechowych jeszcze jest sporo śluzu; w ostateczności po zastosowaniu wszystkich znanych sposobów badania można uciec się do niezupełnie bezpiecznego środka, próbnego wstrzyknięcia tuberkuliny.

W dyskusyi kol. Świeżyński zaznacza, że referent pominął zupełnie badanie tętna, którego wyniki częstokroć dają poważne wskazówki co do istoty sprawy chorobowej. — Kol. Jakowlew (gość) opowiada, że w Wileńskim szpitalu

wojskowym weszło w zwyczaj przy opukiwaniu szczytów płucnych posługiwać się sposobem Plescha, polegającym na tem, że podczas opukiwania asystujący przykłada dłoń swą do szczytu drugiego płuca, przez co tłumi oddźwięk w szczycie nieopukiwanym. — Kol. Lewit przypomina, że nie zawadzi przed wstrzyknięciem tuberkuliny wstrzyknąć nieco wody przekroplonej, jak to czyni Keller, ponieważ już samo ukłucie może niekiedy wywołać wzniesienie ciepłoty; prof. Schrötter zamiast wstrzykiwań stosuje wziewania tuberkuliny. — Kol. Bagieński ostrzega przed próbnem wstrzykiwaniem tuberkuliny; w praktyce swej miał przypadek, gdzie rozchodziły się zdania co do rozpoznania: gruźlica czy też rak krtani; po wstrzyknięciu próbnej — stosunkowo dużej, ma się rozumieć — dawki tuberkuliny, ciepłota dosięgła 40,5° C i wystąpiły objawy podrażnienia opon mózgowych; po 10 dniach bardzo groźnego stanu ku wielkiemu zdumieniu obserwujących ów przypadek lekarzy, którzy nie wątpili o zapaleniu opon mózgowych, stan zaczął się poprawiać szybko; w ciągu tych 10 dni strata na wadze przewyższyła 7 kilogr.

Kol. Szapiro w zupełności zgadza się z kolegami Świeżyńskim i Bagieńskim; uwaga kolegi Lewita zdaniem referenta nie ma praktycznego znaczenia, ponieważ ciepłota pod wpływem ukłucia jeżeli się podwyższa, to w bardzo małym stopniu; co do rozmaitych sposobów opukiwania i sposobu Plescha, nie posiadają one zalet specyalnych; dobrym jest każdy sposób opukiwania, do jakiego kto się przyzwyczaił.

Posiedzenie z dnia 12. marca 1912.

Obecnych 18 członków i 2 gości.

Kol. Szapiro: **Współczesny stan sprawy zapalenia wyrostka robaczkowego i zabiegu operacyjnego z punktu widzenia internisty.** Omówiwszy różne teorye o przyczynach, wywołujących zapalenie wyrostka, referent skreślił anatomię patologiczną i kliniczne postacie chorobowe, omówił obszernie rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego, podkreślił, że zwykle interniście przypada w udziale owo rozpoznanie, niekiedy przedstawiające wielkie trudności, stwierdził wreszcie, że niemniejsze trudności przedstawia rokowanie oraz leczenie, a właściwie sprawa zabiegu operacyjnego. Pod tym względem dane statystyczne przemawiają za operacyjnym zabiegiem; zachowawcze, wyczekujące stanowisko musimy stosować w przypadkach lekkich, badanie krwi wedł. Arnetha może tu również być pomocne. Nie należy jednak zbytnio zwlekać z operacyą, ponieważ znane są przypadki szybko następującego niekiedy przedziurawienia wyrostka. Bezwarunkowo nie należy unikać operacyi, jeżeli napady powtarzają się.

W dyskusyi kol. Krainskij zapytuje, czy w przypadkach przytoczonych przez referenta robiono badania bakteryologiczne i czy jest jakiś rodzaj drobnoustrojów, który ma predylekcyę do wyrostka robaczkowego. — Kol. Dillon dowodzi, że podział przypadków zapalenia wyrostka na lekkie i ciężkie jest zupełnie nieuzasadniony; wiadomem jest, że przypadek, który zrana jeszcze wydawał się lekkim, wieczorem może stać się bardzo ciężkim i odwrotnie; zresztą często w ciągu pierwszych 24, a czasem 36 godzin rozpoznanie istoty sprawy jest niemożliwe. Naogół objawy przy zapaleniu wyrostka wcale mogą nie odpowiadać zmianom anatomopatologicznym; n. p. u pewnej chorej podczas operacyi znaleziono wyrostek wypełniony ropą i w silnym stopniu nadżarty. Osoba ta przez czas dłuższy po ostatnim napadzie bólów nie miała żadnych objawów zapalenia wyrostka. Znane znowuż są przypadki zupełnego zarośnięcia i zaniku wyrostka po pierwszym i jedynym napadzie bólów. — Kol. Szapiro w odpowiedzi zaznacza, że z pomiędzy rozmaitych drobnoustrojów, znajdowanych w zapaleniu wyrostka, najczęstszym jest lasecznik okrężnicy; zresztą ma tu znaczenie nie gatunek drobnoustrojów, lecz ich złośliwość. Kol. Dillon zdaniem referenta niesłusznie utrzymuje, że w odczycie podany został pewien schemat, według którego możnaby orzec, że ten lub ów przypadek jest lekki, czy też ciężki i stosownie do tego, jak wypada owo orzeczenie, wstrzymać się od zabiegu chirurgicznego lub też natychmiast operować. Jak w każdym przypadku, tak i tu również należy unikać wszelkich schematów; stara i powszechnie znana zasada indywidualizowania przypadków tu musi być ściśle przestrzegana.

Posiedzenie z dnia 12. kwietnia 1912.

Obecnych 23 członków i 5 gości.

1) Kol Wirszubski pokazuje: a) chłopaka lat 15, u którego po urazie czaszki (uderzenie kamieniem z tyłu) występować zaczęły każdego dnia po 2—3 razy napady padaczki mniejszej, zaś w nocy bywały, co prawda tylko po 2—3 razy na miesiąc, napady **padaczki** ogólne. Gdy leczenie (mixtura wedł. Bechterewa i dyeta), stosowane przez cały rok nie wywarło żadnego skutku, poradzono zabieg chirurgiczny; w Berlinie prof. Krause dokonał zabiegu (sposobem Kochera); odtąd już w ciągu 4 miesięcy dziennych napadów padaczkowych nie było, a raz tylko jeden, 23. marca w nocy, wystąpił napad padaczkowy ogólny (epilepsia major). b) Chłopaka lat 10, u którego wskutek **złamania czaszki** na granicy kości skroniowej i ciemieniowej z lewej strony dokonano wyjęcia wciśniętych kawałeczków kości; zagojenie nastąpiło szybko, lecz skutkiem urazu pozostały do dziś dnia wszystkie zjawiska **afazyi** w ogólnem znaczeniu tego słowa, a więc zaburzenia mowy, agrafia, apraksya, parafazya i t. d. Na pytanie »jaki dzisiaj dzień«, odpowiedź: »zowią mię Oszer«, »jak dawno chorujesz« — »mam 22 lata«, »włożyłem nogi« (zamiast buty), »podnieś rękę do góry« — wysuwa język, »podnieś lewą rękę« — podnosi lewą nogę, »napisz stół« — pisze »swom«. Chłopak od 5 lat uczył się w chederze (szkółka talmudyst.), a książki do nabożeństwa nie może czytać — dysleksya lub aleksya, z wielkim trudem dodaje małe liczby; przedmioty poznaje, ale nazw ich nie może powiedzieć.

2) Kol. Krainskij. **Leczenie kiły układu nerwowego.** Referent, zwolennik energicznego leczenia swoistego, w każdym przypadku nie zadowalnia się jednym lub dwoma środkami, lecz stosuje możliwie wszystko, co można stosować w kile, a więc arsenobenzol, hektynę, przetwory nukleinowe, lecytynę, ma się rozumieć jod i rtęć, a niekiedy tuberkulinę; dawki zwłaszcza J i Hg powinny być duże. Zdaniem referenta parasyfilis nie istnieje; badania anatomo-patologiczne dowiodły obecności krętków bladych w tkance naczyń krwionośnych i w przypadkach bezwładu postępującego oraz wiądu rdzenia. Należy więc zwalczać ów utarty pesymizm autorów co do rokowania; na ogół we wszystkich schorzeniach tkanki nerwowej na tle kiłowem nie należy przesądzać, czy i jakie czynności układu nerwowego da się uratować przez swoiste leczenie. W całym szeregu przypadków, przytoczonych przez referenta, uzyskano po energicznej kuracyi skombinowanej wyniki zadowalniające, a niekiedy nadspodziewane: niektóre zdawałoby się już zupełnie zanikłe czynności tkanki nerwowej stopniowo powracały.

W dyskusyi kol. Wirszubski wyraża zdziwienie z powodu tak świetnych wyników leczenia. Tłumaczy on te wyniki w sposób następujący: W tkance nerwowej zanik lub upośledzenie. Czynności na razie przekraczają granice anatomiczne miejsca schorzenia, sąsiednie zdrowe komórki i włókienka są jak gdyby w stanie wstrząsu (shock), dopiero potem powracają do stanu prawidłowego, przez to otrzymujemy wznowienie niektórych czynności; ale nie może być mowy o wznowieniu owych czynności w tkance zwyrodniałej.

Kol. Sycianko zaznacza, że autorzy francuscy już od dawna stosunkowo podkreślają dobry wpływ salwarsanu w przebiegu porażenia postępującego bez stosowania innych środków.

Kol. Szapiro podnosi, że przetwory jodu, jak sajodyna, jodalbacid, jodon i t. d. zawierają bardzo mało jodu, stąd i działanie ich jest niedostateczne.

Kol. Krainskij w odpowiedzi zaznacza, że w referacie jego niema mowy o wznowieniu czynności tkanki zwyrodniałej, natomiast jest mowa o tem, że nie należy przesądzać, co mianowicie jest zwyrodniałe; przypadki przytoczone obserwowane były również przez innych obecnych tu kolegów. Z leczenia salwarsanem referent nie miał wyników dobrych, aż zaczął stosować salwarsan w każdym przypadku po kilka razy w odstępach mniej więcej 6—10-dniowych.

Posiedzenie z d. 25. kwietnia 1912.

Obecnych 12 członków i 3 gości.

Kol. Figier. **O stosowaniu pituitryny w położnictwie.** Referent na podstawie własnego doświadczenia w 30 przypadkach oraz spostrzeżeń różnych autorów dochodzi do wniosków następujących: 1) Pituitryna zwiększa bóle porodowe. 2) Skurcze macicy nie są tężcowe, lecz rytmiczne. 3) Pituitryna nie szkodzi matce i dziecku. 4) Przeciwwskazanie — w przypadkach zwężenia miednicy. 5) Pituitryna stosowana może być wyłącznie przez lekarza. 6) Jest ona najlepszym środkiem w walce ze słabymi bólami porodowymi i z krwotokami skutkiem atonii macicy. 7) Możnaby wytłumaczyć świetne działanie pituitryny wyrównaniem niedostatecznej czynności fizyologicznej przysadki mózgowej. 8) Prawdopodobnie wyciąg z przysadki, zastosowany w pewnych okolicznościach, staje się bodźcem porodu.

W dyskusyi kol. Burak twierdzi, że jednak niekiedy skurcze macicy po zastosowaniu wyciągu z przysadki mają cechy tężcowych; pituitryna niekiedy zupełnie nie okazuje żadnego wpływu na przebieg porodu, niekiedy zaś przyśpiesza już rozpoczęty akt porodu; w przypadkach zmiękczenia kości (osteomalacia) pituitryna podobno działa dobrze. — Kol. Zarcyn nie podziela zbyt różowego poglądu referenta; w literaturze są dane wcale nie optymistyczne. — Kol. Kowarski sądzi, że pituitryna może jednak szkodzić dziecku, należy stosować ją bardzo ostrożnie i bacznie śledzić działalność serca płodu.

Kol. Figier w odpowiedzi zaznacza, że w piśmiennictwie nie znalazł wzmianki o szkodliwym wpływie wyciągu na płód. Dr Safarewicz

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 19. II 1913 posiedzenie, na którem prof. Dr Lewkowicz przedstawił chorych z kliniki chorób dzieci, doc. Dr Latkowski krzywe elektrokardyograficzne, Dr Wachtel chorą z kliniki lekarskiej, prof. Dr Kader chorą z kliniki chirurgicznej. W dyskusyi zabierali głos: kol. prof. Kader, Dr Blassberg, Hirsch, Glassner i prof. Łepkowski.

— Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się w Krakowie w Domu lekarskim 2 marca b. r. o godz. 4. popołudniu (obacz niżej ogłoszenie).

— Dr Władysław Kohlberger, dyrektor krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie, obchodził z początkiem b. m. 25-letni jubileusz pracy zawodowej. W dniu jubileuszu składali Jubilatowi życzenia imieniem lekarzy Zakładu Dr Maliszewski, następnie przedstawiciele personalu administracyjnego i służby. Szef Departamentu sanitarnego Wydziału kraj., Dr Bernadzikowski, podniósł w gorących słowach zasługi Jubilata.

Dr Kohlberger, ukończywszy Wydział lekarski w Krakowie w r. 1881, kształcił się dalej w ginekologii, pedyatryi, chirurgii i chemii lekarskiej w Krakowie i Pradze, następnie pracował 3 lata w zakładzie prof. Ludwiga w Lipsku w zakresie fizyologii i chemii lekarskiej. Po powrocie do kraju pracował dwa lata w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, od r. 1888 poświęciwszy się wyłącznie psychiatryi. W r. 1889 przeniósł się do Kulparkowa, jako sekundaryusz; w r. 1896 mianowany został prymaryuszem, w r. 1901 zastępcą dyrektora, w r. 1903 dyrektorem Zakładu. Na tem stanowisku czekała go praca ogromna w warunkach niezmiernie trudnych; działalność jego zapisała się w historyi Kulparkowa trwale przez rozszerzenie i znaczne udoskonalenie tego Zakładu, a w historyi opieki nad obłąkanymi w kraju przez inicyatywę stworzenia drugiego zakładu — w Kobierzynie i czynny udział w opracowaniu projektów tej instytucyi.

Zasłużonemu Jubilatowi składamy najszczersze życzenia »Ad multos annos!«.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Franciszek Jurzykowski, rodem z Jabłonkowa (Śląsk austr.).

— Stypendyum, utworzone przez Dr Fidlera z Radomia z uzyskanej na konkursie »Przeglądu lek.« nagrody, otrzymał we Lwowie słuchacz med. p. Emil Stefek.

— Zarząd Biblioteki Tow. lekarskiego krakowskiego składa JWPP. Prof. Dr Glińskiemu i Bujwidowi serdeczne podziękowanie za czasopisma, darowane Bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. II. do 15. II. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † — (obcych 6 † 1), krztuśca 3, ospy wietrznej 1, płonicy 31 † 5 (3 † —), odry 7, duru brzusznego 1 † 1 (3 † —), czerwonki 1 † 1, róży 1 † 1, kuru 2.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 6. II. 1912 przedstawiono m. i. komunikat p. Anastazego Landaua: »O cukromoczu adrenalinowym«.

— Ufundowany przez siebie przy ul. Żytniej kosztem 437.690 rb. szpital dziecięcy na 100 łóżek ofiarowała p. Zofia Schlenkerówna w darze miastu Warszawie.

— W uniwersytecie warszawskim jest na Wydział lekarski wpisanych 142 Polaków. (Gaz. lek. 7).

— W sprawie kooperatyw lekarskich ogłasza Dr Józef Zawadzki artykuł w »Medycynie i Kronice lek.« (Nr 7), nawołując do założenia spółdzielczego domu handlowego, sprzedającego narzędzia, opatrunki i t. p., oraz spółdzielczej polikliniki.

— Budżet miejskich szpitali warszawskich na r. b. wynosi 2,643.498 rb. w wydatkach, a 1,012.876 rb. w dochodach. Deficyt 1,631.861 rb. pokryje miasto. (»Med. i Kron. lek. 7).

— W Kaliszu powstać ma Towarzystwo walki z gruźlicą.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 3. II. do 17. II. 1913 przypadków: ospy 3 † 1, płonicy 5 † —, duru wysypkowego — † —, róży —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. W czasie XVII międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Londynie przyznane zostaną międzynarodowe nagrody za najlepsze prace lekarskie: miasta Moskwy (5000 franków), XIII. Zjazdu międzynar. (4000 fr.), Węgier (3000 fr.). Biuro Komisyi stałej Zjazdów międzynarodowych w Hadze (Hugo de Grootstraat 10) prosi o zgłaszanie nazwisk kandydatów do nagrody z dołączeniem egzemplarza dzieła, za które nagroda miałaby być przyznana. Można także zgłaszać swą własną kandydaturę. Termin zgłoszeń do 1. czerwca 1913.

— Statystyka samobójstw w Paryżu wykazuje, że w ostatnich 70 latach liczba samobójców w stosunku do ludności potroiła się; zwłaszcza wzrasta liczba samobójstw u osób poniżej 16 lat. Najczęstsze są samobójstwa wśród służących i w wolnych zawodach. Co do pory roku, to najwięcej przypada samobójstw na wiosnę. Z przyczyn w 21% wspomniano o cierpieniach fizycznych, w 13% o troskach materyalnych, w 4% o nieszczęśliwej miłości, w 15% były przyczyną zawody psychiczne i życiowe, w 9% złe stosunki domowe. X.

— Niemiecki parlament zajmował się niedawno sprawą fatalnego wprost położenia finansowego dozorczyń chorych. Osoby te, nieraz z najlepszych sfer, pełnią w szpitalach bez przerwy po 12—16 godzin służby przy chorych, mają dyżury nocne, a za to... wynagrodzenie nieraz mniejsze, niż zwykłe służące.

Klęsk.

— Synowie zmarłego dentysty prof. Dr Boedeckera w Berlinie złożyli 15.000 marek na założenie nowej szkolnej kliniki dentystycznej. X.

— Lekarze berlińscy swego czasu zawiązali własną orkiestrę amatorską, obecnie zaś zakładają chór mieszany, do którego prócz lekarzy należeć może ich najbliższa rodzina. Amatorska orkiestra »lekarska« istnieje również w Wiedniu, dając koncerta na cele filantropijne. X.

— Liczne pisma lekarskie ostrzegają przed wyrobami firmy Energos et Co, która w bezczelny sposób reklamuje swoje wyroby, zakładając rozmaite pisma, a nawet ofiarowując znaczne sumy na cele publiczne. X

Mianowani: Dyrektorem kliniki okulist. w Würzburgu prof. Wessely; eocenci Läwen (chirurg) i Stadler (internista) profesorami w Lipsku.

Zmarli: Patolog prof. Heller w Kiel, neurolog doc. Billisari w Neapolu, Dr Adolf Sternschuss w 78 r. ż. w Krakowie, wybitny patolog prof. Podwysockij, dyrektor Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu, Dr Cezary Lubiński, wychowaniec uniwersytetu kijowskiego, zrazu praktykujący w Zwiahlu, a potem w Radomyślu w gub. kijowskiej, gdzie przez lat pięćdziesiąt był lekarzem miejskim, a przez lat trzydzieści radnym miasta, które zawdzięcza mu znaczną część ulepszeń i zmian dodatnich, w 75 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 26. lutego 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Marchlewski: Przemiana materyi w prawidłowym ustroju. 2) Doc. J. Mazurkiewicz: W sprawie projektu ustawy o pozbawieniu własnowolności.

Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się w **Krakowie dnia 2. marca 1913 w domu Towarzystwa lekarskiego (Radziwiłłowska 4)** o godzinie **4 popołudniu.**

Porządek dzienny.

1. Wybór przewodniczącego Walnego Zgromadzenia i jego zastępcy.
2. Sprawozdanie Rady zawiadowczej.
3. Sprawozdanie komisyi rewizyjnej i absolutoryum z rachunków.
4. Wnioski Rady zawiadowczej: a) W sprawie zmiany ustawy. b) W sprawie uchwały postanawiającej, o ile może Rada zawiadowcza udzielać zapomogi wdowom i sierotom po nieczłonkach.

6) Wnioski naglące delegatów.

7) Wyznaczenie oddziału, którego delegat ma wejść do komisyi rewizyjnej.

8. Wybór 7 członków do wydziału. Wybór prezesa, wiceprezesa, sekretarza i skarbnika.

Jeżeliby Walne Zgromadzenie dla braku kompletu nie mogło obradować dnia 2. marca o godz. 4, tedy odbędzie się drugie Walne Zgromadzenie w tymże dniu i miejscu o godz. 5. bez względu na ilość obecnych delegatów.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Lwów, dnia 13. lutego 1913.

Sekretarz: Zabłocki. Prezes: Machek.

W klinice medycznej U. J. w Krakowie odbywać się będą tygodniowe praktyczne **kursa dla lekarzy** od 10—16 marca b. r. a mianowicie:

1. **Rentgenologia kliniczna,** połączona z prześwietlaniem chorych. Asystent kliniki Dr Nowaczyński. Codziennie popołudniu przez 3 godziny. Czesne 20 kor.
2. **Serologia kliniczna** ze szczegółowem uwzględnieniem dyagnostyki klinicznej. Asystent kliniki Dr Kostrzewski. Codziennie przed południem przez 3 godziny. Czesne 20 kor.
3. **O surowicach leczniczych.** Profesor Jaworski. 2 godziny. Czesne 2 kor.
4. **O stosowaniu i wynikach leczniczych leków ostatniej doby.** Asystent kliniki Dr Wachtel. 2 godziny. Czesne 2 kor.

Pp. Lekarze chcący wziąć udział w powyższych kursach zechcą się zgłosić bądź pisemnie, bądź osobiście w kancelaryi kliniki medycznej (Kopernika 15) najpóźniej do 8. marca b. r.

Prof. Dr W. Jaworski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Dr E. Burchard — Berlin. O doświadczeniach z **ervasin-calcium** w praktyce. (Archiv für Stadthygiene. Nr 12. Berlin 1912).

Jakkolwiek kwas acetylosalicylowy do dziś zachował swe znaczenie, jako lek nadający się do użytku, to jednak ujawniły się z biegiem czasu pewne okoliczności, które czynią pożądanem znalezienie środka zastępczego równowartościowego. W pewnych razach występowały u niektórych chorych objawy uboczne, ujawniające się stosownie do indywidualnej skłonności w postaci zaburzeń czynności serca lub przewodu pokarmowego, niekiedy także w postaci ogólno nerwowych zaburzeń, a nadto przy dłużej trwających schorzeniach i ciągłem zażywaniu środka stawało się potrzebnem takie podwyższenie dawki, że lekarz wreszcie w wielu przypadkach znalazł się przed alternatywą albo zrezygnowania z działania przetworu, lub też dojścia do dawek, które już w każdym razie stawały się niebezpieczne. Za przetwór w takich przypadkach się nadający uważa Burchard polecone już ze strony najpoważniejszej **ervasin-calcium** (Goedecke & Co. — Berlin), które stosował w kołaczykach od 0,5 gr. lub w rozczynach. Burchard donosi o tem: »Reasumując muszę w tych ostrych przypadkach chorobowych podnieść szczególnie dwie zalety erwazyny: 1) działanie niezmiernie szybkie i trwające długo, 2) działanie nadzwyczaj przyjemne. Pierwszą zaletę odnieść zapewne należy do korzystnych warunków rozpuszczalności i wessalności, jakoteż do wybitnie bakteryobójczego działania, wynikającego ze składu chemicznego, — drugą do szybkiego wydalenia z organizmu, wskutek pobudzanej przez środek diurezy. Ponieważ na szczęście byłem w położeniu stosowania erwazyny prawie zawsze już w początkach pojedynczych niekiedy bardzo gwałtownych objawów chorobowych, przeto i działanie było bez wyjątku nadzwyczaj szybkie: nazajutrz najczęściej już zupełny spadek ciepłoty i zmniejszenie się dolegliwości podmiotowych, trzeciego, najpóźniej zaś czwartego dnia zupełny powrót do zdrowia bez uczucia osłabienia i wyczerpania. Szczególnie ten ostatni objaw, trwający po przeważnej części innych środków często w sposób przykry jeszcze dniami całymi po właściwem wyzdrowieniu, nie dawał się spostrzegać nigdy po erwazynie, a przeciwnie wielu chorych zapewniało mnie, że odczuwają wyraźne uczucie świeżości zdrowia już nazajutrz po stosowaniu leczenia«.

»Zestawiając, to co wyżej powiedziałem, twierdzę, że ervasin-calcium w różnorodnych chorobach zakaźnych, oznaczonych jako influenca, natury gośćcowej, neuralgicznej i zapalnej, okazało się jako środek doskonale, szybko i przyjemnie działający, bez którego nie chciałbym się obejść w podobnych przypadkach. Odnośnie do postaci stosowania polecam podawanie, — rozumie się jak najszybsze, jeżeli to możliwe — zaraz dość dużej dawki, naturalnie z uwzględnieniem wieku i konstytucyi ciała«.

Hr. W.

Rok LII. Kraków, dnia 1. marca 1913. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej (dyrektor: Prof. Dr A. Gluziński) i zakładu chemii lekarskiej (dyrektor: Prof. Dr St. Bądzyński) Uniwersytetu we Lwowie.

Wpływ podawania atofanu na wydalanie urochromu.

Podał

Dr Witold Skórczewski.

Zaburzenia utleniania siarki w ustroju, spostrzegane stale po podaniu atofanu w doświadczeniach nad przemianą materyi, ogłoszonych przezemnie wspólnie z Drem J. Sohnem (2), skłoniły mnie do wykonania doświadczeń w celu rozświetlenia pytania, które związki organiczne siarkę zawierające w moczu poatofanowym znajdują się w większej ilości.

Badania Gawińskiego wskazywały na kwasy oksyproteinowe, jako ciała, których zawartość siarki równa się ilością tak zwanej siarce obojętnej moczu. Oznaczenia azotu i siarki kwasów oksyproteinowych, jakie przedsiębrałem (3) przed i podczas podania atofanu, wykazały zaburzenie w wydzielaniu ich podczas podawania środka. Gdy jednak ilość azotu stosunkowo mało się zwiększała, zawartość siarki w tychże syrupach w okresach atofanowych ulegała znacznemu powiększeniu. Należało więc z tego przesunięcia się stosunku azotu syrupu barowego kwasów oksyproteinowych do siarki na korzyść siarki wnosić o znaczniejszem powiększeniu z grupy kwasów oksyproteinowych tych związków, które zawierały większą ilość siarki, a mniejszą ilość azotu. Już wówczas zwróciłem uwagę na prawdopodobieństwo zwiększenia wydalania urochromu; obecnie przeprowadziłem doświadczenia na 4 chorych, a wyniki podaję poniżej.

Oznaczenia urochromu wykonywałem w codziennych dobowych porcyach świeżego moczu zapomocą metody podanej przez Browińskiego i Dąbrowskiego, polegającej na strąceniu urochromu octanem miedzi w postaci soli miedziawej, rozłożeniu tegoż osadu zapomocą siarkowodoru i oznaczeniu po odpędzeniu siarkowodoru w rozczynie wodnym urochromu jego własności redukcyjnych. Urochrom mianowicie odtlenia kwas jodowy, przyczem wydziela się jod, który wyciągamy dwusiarczkiem węgla i miareczkujemy rozczynem n/100 tiosiarkanu sodowego.

Azot oznaczałem metodą Kjeldahla, kwas moczowy metodą Wörnera, si arkę mineralną strącałem chlorkiem baru obojętną oznaczałem metodą Modrakowskiego.

Doświadczenie I.

L. dz. 105. J. H. kobieta lat 45. Rozpoznanie kliniczne: Arthritis urica. Condensatio apicis sinistri. Emphysema pulmonum.

Przyjęta do kliniki 16. XI. 1912. Od 18. XI podano chorej dyetę bezpurynową. Od 3/XII do 27/XII przebywa chora codziennie 2 godziny w emanatoryum radowem. 11/XII podano chorej 3 gr. atofanu przez dzień w 3 dawkach [1]).

TABLICA I.

	Ilość moczu.	Chlor jako NaCl	Fosfor jako P_2O_5	Azot	Kwas moczowy	Urochrom	Siarka mineralna jako SO_3	Siarka obojętna jako SO_3	Stosunek siarki obojętnej do ogólnej	Uwaga
8. XII.	1340	5·75	3·95	8·61	0·1899	0·1474	0·5963	0·0434	6·7%	
9. XII.	1000	6· 2	1· 7	4·48	0· 218	0·2045	0· 891	0·0745	7·7%	
10. XII.	1100	5·39	2·14	4·71	0·1782	0·1131	0·8206	0·1463	15·1%	
11. XII.	1940	6· 6	1·98	7·02	0·5745	0·2428	1·1001	0·2619	18·4%	podano 3 gr. atofanu
12. XII.	1300	6·63	1·77	6·24	0·2834	0·2014	1·0517	0·3107	22·8%	
13. XII.	1200	5· 4	1·01	3·42	0·1104	0·2242	1·1299	0·0876	7·1%	

[1]) Część oznaczeń tablicy pierwszej wykonał Dr J. Sohn, za co mu serdecznie dziękuję.

W doświadczeniu tem widzimy wzrost ilości urochromu równorzędny ze wzrostem siarki obojętnej w następnych 2 dniach po podaniu środka.

Doświadczenie II.

L. dz. 3. R. K. mężczyzna lat 44. Rozpoznanie kliniczne: Rheumatismus chronicus articulationis humeri sinistri. Neuritis plexus brachialis in individuo cum induratione apicis sinistri, concretionibus pleural. sin. intercurrente otitide media sin. verisimiliter tuberculosa Dyeta mieszana.

TABLICA II.

	Ilość moczu	Azot	Kwas moczowy	Urochrom	Uwaga
14. XI.	880	4 99	—	0·1542	
15. XI.	1110	9·79	0·4068	—	
16. XI.	1260	8·47	0·4377	0·2027	
Średnie	—	—	—	0·1785	
17. XI.	1120	8·81	0·4863	0·3435	podano 3 gramy atofanu
18. XI.	880	7·88	0 4137	0·2367	Również
19. XI.	1220	12·21	0·5499	0·2116	Również
Średnie	—	—	—	0·2639	

Doświadczenie III.

L. dz. 114. J. M. mężczyzna l. 52. Rozpoznanie kliniczne: Neurasthenia in individuo luetico. Dyeta mieszana.

TABLICA III.

	Ilość moczu	Azot na dobę	Kwas moczowy	Urochrom	Siarka mineralna jako SO_3	Siarka obojętna jako SO_3	Stosunek siarki obojętnej do ogólnej	Uwaga
3. XII.	1000	11·17	0 3498	0·2483	1·5728	0·1248	7·3%	
3. XII.	1190	10 41	0·3297	0·1957	1·7374	0·2644	13·2%	
4. XII.	1090	8·30	0·3171	0·2039	1·3233	0·10406	9·6%	
Średnie	—	—	—	0 2159	—	—	—	
5. XII.	980	8·19	0·6438	0·2925	1·2427	0,2911	18 8%	podano 3 gr. atofanu
6. XII.	1003	9·09	0·4011	0·2948	1·1140	0·1821	14 5%	Również
7. XII.	1140	8·00	0·5013	0·2137	1·1168	0·1790	13%	Również
Średnie	—	—	—	0· 267	—	—	—	

W doświadczeniu tem widzimy stosunkowo do innych doświadczeń mniejsze powiększenie siarki obojętnej po podaniu atofanu i również mniejsze powiększenie urochromu.

Doświadczenie IV.

L. dz. 115 łóżko 5. S. C, mężczyzna l. 23. Rozpoznanie kliniczne: Pleuro pericarditis sicca in individuo cum induratione apicum. Stan bezgorączkowy. Dyeta mieszana.

TABLICA IV.

	Ilość moczu	Azot	Kwas moczowy	Urochrom	Siarka mineralna jako SO_3	Siarka obojętna jako SO_3	Stosunek siarki obojętnej do ogólnej	Uwaga
13. XII	1586	15·73	0·0594	0·2890	2·0407	0·3416	11·3%	
14. XII	*1820	10·61	0·6825	0·3808	2·5402	0·3946	13·4%	
15. XII.	2100	13·40	0·0486	0·5739	2·7371	0·3864	11·3%	
Średnie	—	—	—	0·4148	—	—	—	
16. XII.	1800	16·37	1·35	0·4023	2·1438	0·2815	11·6%	podano 3 gr. atofanu
17. XII	1215	15·—	0·8076	0·556	1·7314	0·4029	21%	Również
18. XII.	1820	12·01	0·7947	0·7288	1·7450	0·6024	25·6%	Również
Średnie	—	—	—	0·5812	—	—	—	

Doświadczenie wykazuje niezwykłą zgodność liczb urochromu i siarki po podaniu atofanu Wysoka ilość urochromu w dniu 15/XII jest niewytłomaczona, jednak skontrolowana powtórzeniem analizy.

Zestawiając wyniki doświadczeń, stwierdzić musimy wyraźne zwiększenie ilości wydalanego urochromu, zależne od podania atofanu. Doświadczenia wypadły zgodnie i wykazują równorzędny wzrost ilości siarki obojętnej i urochromu w moczach poatofanowych.

Sądzę, że spostrzeżenia te będą przyczynkiem do poznania ciemnej jeszcze sprawy zaburzeń utleniania, zwłaszcza, że badane dotychczas przypadki chorobowe w przebiegu chorób zakaźnych, względnie zdrowi po obfitych mięsnych dyetach wykazywali zawsze równorzędne zwiększenie się azotu i siarki syrupów barowych kwasów oksyproteinowych.

Piśmiennictwo. 1) Browiński i Dąbrowski: O metodzie ilościowego określania żółtego podstawowego barwika moczu. Rozpr. Akad. Umiej. w Krak. Tom 48. 1908. — 2) Skórczewski i Sohn: W sprawie działania atofanu na przemianę materyi. Tygodnik lekarski Nr. 13 i 14. 1912. — 3) Skórczewski: Jak należy sobie tłomaczyć działanie atofanu. Przegląd lek. Nr 20 1912.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Najdawniejszym miernikiem działania nadnerczyny jest, odkryte już przez pierwszych badaczy nadnerczy w epoce badań organoterapeutycznych, bardzo znaczne podnoszenie się parcia krwi po śródżylnych wstrzykiwaniach wyciągów z nadnerczy. Mówią o niem sprawozdania Olivera i Schafera z r. 1894, Cybulskiego i Szymonowicza, oraz A. Gluzińskiego z r. 1895. Następne prace Gottlieba[18]), Velicha[19]), Biedla[20]) i inn. określiły to podnoszenie się parcia jako następstwo obwodowego podrażnienia, a doświadczenia Dixona[21]), przy których wyzyskane zostały właściwości apokodeiny, zastosowanej w nieco większych dawkach, polegające na porażaniu zakończeń nerwowych, udowodniły ostatecznie, że miejscem działania nadnerczyny w naczyniach są połączenia mięśniowo-nerwowe włókien współczulnych w ścianie naczyń.

Od tej ogólnej zasady tworzą wszakże wyjątek naczynia wieńcowe serca, a według Dixona i Halliburtona[22]) także naczynia mózgowe. Adrenalina działa na nie wprost przeciwnie, aniżeli w innych obszarach ciała, nie zwęża ich, lecz rozszerza.

Podobnie, jak na naczynia, działa nadnerczyna także i na mięsień sercowy, zwiększa siłę skurczów i przyspiesza rytm ruchów serca. Przyśpieszenie to odnosi się jednak tylko do serca, oddzielonego od ośrodkowego układu nerwowego. O ile z nim jest połączone, ulega ośrodek nerwu błędnego, skutkiem zwiększonego parcia w naczyniach mózgowych, podrażnieniu i podrażnienie to sprawia, że serce uderza wolniej.

Że zwolnienie ruchów serca po śródżylnych wstrzykiwaniach nadnerczyny zależy istotnie od wtórnego podrażnienia nerwu błędnego, dowodzą doświadczenia, w których zapomocą trucizn, działających na nerw błędny, porażano jego zakończenia sercowe. Obok atropiny, o której działaniu w tym kierunku wspominaliśmy wyżej, zasługuje tu na osobną wzmiankę apokodeina, użyta po raz pierwszy do doświadczeń, mających za cel badanie wpływu nadnerczyny na ruchy serca, przez Dixona[23]). W małych dawkach użyta, poraża ona zakończenia nerwu błędnego, a wtedy występuje na jaw w całej pełni wpływ nadnerczyny na współczulny układ nerwowy serca; serce uderza częściej, skurcze jego stają się silniejsze i wydatniejsze. Doświadczenia te udowadniają w każdym razie, że wydzielina układu chromochłonnego obok wpływu bezpośredniego na układ współczulny wywiera także wpływ pośredni, wtórny, na nerw błędny. Czy to pośrednie podrażnienie układu autonomicznego nie pociąga za sobą zwiększonej czynności gruczołów, dostarczających hormonów dla układu n. błędnego, o tem na razie rozstrzygać nie możemy. Ale przypuszczenie tego rodzaju nie byłoby tak bardzo nieprawdopodobnem.

[18]) Gottlieb. Archiv. f. exp. Pharm. und Path. T. 38.
[19]) Velich. Wien. klin. Rundschau 1898 Nr. 38.
[20]) Biedl. Wien. klin. Wochschft. 1898 Nr 9.
[21]) Dixon W. E., zob. Biedl. Innere Sekretion Str. 186.
[22]) Dixon i Halliburton. Intern. Physiol. Kongress, Wien. Deutsch. med. Wochschf. 1910 S. 2079.
[23]) Dixon W. E. zob. Biedl. Innere Sekretion str. 191.

Uboczny wpływ adrenaliny na krążenie świadczy w każdym razie o doskonałem urządzeniu całego układu, służącego do zachowania fizyologicznej równowagi w zakresie czynności wegetatywnych, a równocześnie każe przypuszczać, że równowaga ta opierać się może nierzadko na prawach wzajemnych przeciwieństw biochemicznych.

Mówiąc o wpływie nadnerczyny na narząd krążenia, nie możemy zupełnem milczeniem pominąć działania jej moczopędnego, stwierdzonego między innymi także przez Weleckiego[24]) na zwierzętach, Klugera i Weleckiego[25]) na ludziach.

Na podniesienie zasługuje dalej wpływ adrenaliny na oko, polegający na rozszerzeniu źrenicy i wysadzeniu gałki ocznej. Działanie to występuje po wstrzyknięciu do żył. Rozszerzenie źrenicy, powstające po wkropleniu rozczynu nadnerczyny do worka spojówkowego, odkryte przez O. Löviego[26]), stanowi objaw nieprawidłowy, powstający tylko w szczególnych warunkach. Wspomnimy o nim później.

Dalszym miernikiem działaniu układu chromochłonnego mógłby być wpływ nadnerczyny na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego i na gruczoły wydzielnicze. Wpływ ten nie jest jeszcze jednak wszechstronnie zbadany, a nadto dokładne jego określenie w ściśle oznaczonym celu napotyka na tak znaczne trudności, że przy doświadczeniach klinicznych nie możemy się nim na razie posługiwać.

To samo odnosi się do działania adrenaliny na mięśnie ciała. Niweczenie, względnie zobojętnianie wytworów znużenia, skracanie okresu wyczerpania mięśniowego i zwiększanie wytrzymałości mięśni pracujących stanowi niewątpliwie ważny szczegół z zakresu fizyologii układu chromochłonnego, ale własnością tą trudno się posługiwać w celach doświadczalnych u ludzi.

Dla tych celów posiada pierwszorzędne znaczenie zjawisko cukromoczu, powstającego po wprowadzeniu nadnerczyny do ustroju drogą wstrzykiwań podskórnych lub do żył, odkryte w r. 1901 przez Bluma[27]). Następne badania Metzgera[28]), Zuelzera[29]) i in. potwierdziły w zupełności wyniki otrzymane przez Bluma, wykazując nadto, że pojawianiu się cukru w moczu po wstrzyknięciu nadnerczyny towarzyszy zwiększenie się ilości cukru we krwi.

Ta hiperglikemia ma swoje źródło w szybszem i znaczniejszem oddawaniu glikogenu z jego fizyologicznych składów, przedewszystkiem zaś, jak to wynika z badań doświadczalnych Grużewskiej[31]), ze składu najobfitszego, t. j. z wątroby. Schirokauer i Wilenko[31]) tłomaczą ją nieprawidłową przepuszczalnością komórek wątrobnych, a więc tem samem przyjmują, że nadnerczyna wywiera na wątrobę do pewnego stopnia wpływ trujący. Przypuszczenie ich stoi w sprzeczności z zapatrywaniem bardziej rozpowszechnionem, według którego przyczyna hiperglikemii nadnerczynowej leży w nadmiernem wytwarzaniu się zaczynu glikolitycznego, albo wyrażając się ściślej, zaczynu glikogenolitycznego w wątrobie. Następstwem hiperglikemii jest stopniowe malenie ilości glikogenu, stwierdzone przez wymienionych już autorów, w najnowszych czasach także przez Addariego[32]).

Z małą ilością glikogenu w wątrobie spotykamy się jednak według badań Porgesa[33]) także po wycięciu nadner-

[24]) Welecki. Rozpraw. Akad. Umiej. Kraków 1907.
[25]) Kluger i Welecki. Przegląd lek. 1910 Nr 7.
[26]) O. Lövi. Wner. klin. Wochenschrift 1907 S. 782.
[27]) Blum. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1901 T. 71 S. 146.
[28]) Metzger. Münch. med. Wochschft 1902 Nr 12.
[29]) Zuelzer. Berl. klin. Wochschft. 1901 Nr 48.
[30]) Grużewska. Centrblt. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1906 S. 91.
[31]) Schirokaner i Wilenko. Zeitschft f. klin. Med. T. 70 S. 257.
[32]) Addari. Deutsche med. Wochschft 1901 S. 518.
[33]) O. Porges. Zeitschft f. klin. Med. T. 69. S. 341 i T. 70. S. 243.

czy u psów, przyczem krew zwierząt, użytych do doświadczeń, zawiera cukier w ilości mniejszej, aniżeli w warunkach prawidłowych, co się zgadza zupełnie z wynikami badań tegoż samego autora, wykonanych w przypadkach choroby Addisona.

Do sprawy cukromoczu nadnerczowego wrócimy jeszcze później. Na razie ograniczamy się do przytoczonych wyżej szczegółów. Świadczą one dostatecznie o tem, że nadnerczyna, a temsamem układ chromochłonny, odgrywa ważną rolę w przemianie węglowodanów w ustroju. Za wpływem wydzieliny tego układu odbywa się z jednej strony polimeryzacya cukru i wytwarzanie glikogenu, z drugiej zaś glikoliza tegoż, a więc dostarczanie ustrojowi materyału, potrzebnego do wytwarzania ciepła i do pracy.

Gdy mowa o pracy, nasuwa się samo przez się ze spostrzeżeń klinicznych przypadków choroby Addisona przypuszczenie, że słabość mięśni i wielka ich niewytrzymałość zależą od małej ilości zapasowego materyału palnego w ustroju. Z przypuszczeniem tem łączą się badania, mające za cel poznanie zapomocą doświadczeń, roli, jaką układ chromochłonny odgrywa przy szafarstwie cukrem podczas pracy i jakim przy tem sam ulega zmianom.

O ile z przeglądu piśmiennictwa wnosić można, był Weiland[35]) pierwszym, który sprawą tą dokładniej się zajął i wykazał, że przy znużeniu mięśniowem skutkiem pracy znajduje się w krwi mniejsza ilość cukru. Schur i Wiesel[36]) znaleźli w tych samych warunkach w krwi większą ilość nadnerczyny. W. Carl[37]) wzniecał u żab zatrutych strychniną kurcze mięśniowe i nużąc w ten sposób mięśnie, badał następnie stan nadnerczy. Badania te wykazały, że u takich żab zanika istota chromochłonna, a więc tem samem, że układ chromochłonny wyczerpuje się. Zupełnem jego wyczerpaniem tłomaczy nawet Marchand[38]) nagłą śmierć w przypadkach choroby Addisona. Z pojęciami naszemi o znaczeniu nadnerczyny w ustroju i o jej działaniu na serce nie stałoby w sprzeczności, gdybyśmy także i w innych przypadkach nagłej śmierci, których nie tłumaczy obraz zmian sekcyjnych, uważać chcieli śmierć za następstwo takiego wyczerpania. Myślećby o niem można zwłaszcza wtedy, gdy tego rodzaju wstrząs śmiertelny powstaje po nadmiernem znużeniu fizycznem, tem bardziej, jeśli się do niego dołączą silne wzruszenia psychiczne.

Wobec powyższych wyników zasługują na tem baczniejszą uwagę sprawozdania tych autorów, którzy, jak np. w ostatnich czasach Treretoli[39]), podnoszą zwiększanie się siły i wytrzymałości mięśni po wstrzykiwaniach nadnerczyny, zwłaszcza jeśli je zestawimy z wynikami badań Pollaka[40]), które wykazały, że wątroba zwierząt zatrutych strychniną, wyczerpana zupełnie z glikogenu, zaczyna go na nowo gromadzić za wpływem podskórnych wstrzykiwań nadnerczyny.

Zestawiwszy dawniejsze nasze wiadomości o wpływie, jaki podrażnienie układu współczulnego wywiera na wydzielanie cukru, począwszy od znanego ukłucia Claude Bernarda, doświadczeń Eckharda, Kulza, Landoisa, Schiffa i in., z wiadomościami o powszechnym wpływie układu chromochłonnego na nerwy współczulne, zupełnie słusznie uważać możemy zmiany w przemianie węglowodanów, występujące po wstrzykiwaniach nadnerczyny, za następstwo podrażnienia nerwowego układu współczulnego. Przemawiają za tem między in. także badania Strauba[41]), który doswiadczenia swoje wykonywał w ten sposób, że przez ciało zwierząt przepuszczał przez czas dłuższy słabe roztwory nadnerczyny. Przekonał się on, że między zmianami w parciu krwi, a powstawaniem i stopniem cukromoczu panuje najzupełniejsza zgodność. Takie same wyniki otrzymał także Ritzmann[42]).

O tem, że nerwowe wpływy wegetatywne działają bardzo dosadnie na stopień cukromoczu w przebiegu moczówki cukrowej, wiemy ze spostrzeżeń klinicznych, a od czasu badań Luthjego[43]), wykonywanych w znacznej części wspólnie z Embdenem, potwierdzonych przez Allarda[44]), także na podstawie doświadczeń nad cukrzycą, występującą u zwierząt po wyjęciu trzustki. Czynnikiem, o którego wpływ w tych doświadczeniach chodziło, była ciepłota otoczenia. Działanie ciepłoty na ustrój wogóle, a na narządy wewnętrzne w szczególności, przenosi się w każdym razie za pośrednictwem układu nerwowego, i to przedewszystkiem za pośrednictwem nerwów wegetatywnych, należących do układu współczulnego.

Dalszych wskazówek w tym samym kierunku dostarczyćby mogły doświadczenia farmakodynamiczne, opierające się na antagonizmie między obydwoma grupami nerwowemi całego układu wegetatywnego. Uwzględniając ten antagonizm, należałoby oczekiwać, że zapomocą kombinacyi trucizn, drażniących i układ współczulny i układ autonomiczny, powiedzie się miarkować jednostronne działanie nadnerczyny. Doświadczenia takie wykonywano istotnie. Ale wyniki ich nie są tak jednolite, aby na tej podstawie wolno było rozstrzygać stanowczo o znaczeniu i doniosłości farmakodynamicznego antagonizmu. Ehrmann[45]), po części także Falta, Nevburgh i Nobel[46]), eksperymentując z pilokarpiną, mówią, że zapomocą tej trucizny wstrzymać można występowanie cukromoczu nadnerczowego. Cholina, o której również wiemy, że drażni nerwy autonomiczne, ma według Gautreleta[47]) działać w podobny sposób. Do zupełnie odmiennych wyników doszli Frank i Isaak[48]). Utrzymują oni, że między nadnerczyną z jednej. pilokarpiną i choliną z drugiej strony, niema antagonizmu w zakresie wpływów na przemianę węglowodanów. Tłomaczą zaś brak antagonizmów w ten sposób, że nerwom autonomicznym odmawiają wogóle znaczenia czynnika, wpływającego na czynność wątroby i trzustki, o ile chodzi o ekonomię węglowodanów.

O ile wyniki badań tych autorów mogą dać podstawę do stanowczych wniosków i o ile zapatrywanie ich jest słuszne, nie chcemy rozstrzygać. W każdym jednak razie zaznaczyć trzeba, że przy ocenianiu doświadczeń fizyologicznych, posługujących się złożonymi czynnikami farmakodynamicznymi, należy być wogóle ostrożnym. Na wynik takich doświadczeń wpływa wzajemny stosunek do siebie działających trucizn, t. j. wielkość użytych dawek, a nadto niemałe znaczenie muszą mieć osobnicze właściwości badanego ustroju.

Co do choliny, nie można także pominąć milczeniem wyników badań Modrakowskiego[49]), potwierdzonych później przez Biedla[50]), które pokazują, że cholina fabryczna nie jest przetworem czystym, a więc i działanie jej nie

---

[35]) Weiland. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. T. 92. S. 223.
[36]) Schur i Wiesel. Zntrblt. f. d. ges Phys. u Path. d. Stofw. 1907 S. 768.
[37]) W. Carl. Deutsch. med. Wochschft. 1911. S. 1827.
[38]) Marchand. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1911 Str. 1017.
[39]) Treretoli. Deutsch. med. Wochschft, 1911. S. 1853.
[40]) Pollak. Zob. 60. Porges. Verhandl. d. Congr. f. inn. Med. 1910. S, 591.
[41]) Straub. Münch. med. Wochschrift. 1909, Nr 10.
[42]) Ritzmann. Archiv. f. ex. Path. u. Pharm. T. 61, S. 231.
[43]) Luthje. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Med. 1905. S. 269 i 1907, S. 264.
[44]) Allard. Cyt. według Lüthjego.
[45]) Ehrmann. Deutsche med. Wochschft 1908. S. 1209.
[46]) Falta Nevburgh i Nobel. Zeitschrft f. klin. Med. T. 72 S. 97.
[47]) Gautrelet. Zentrblt. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1909. S. 148.
[48]) E. Frank i S. Isaak. Deutsch. med. Wochschft 1910. S. 41.
[49]) Modrakowski. Zentrblat f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1909. S. 267.
[50]) Biedl. Innere Sekretion. S. 257.

może być zawsze jednakowe. Zresztą nawet czysty przetwór zmienia się po pewnym czasie, a wraz z tem zmieniają się i skutki po jego zastosowaniu.

Wpływ nadnerczyny na ekonomię ustroju nie ogranicza się do działania na szafarstwo cukrem. Według badań Eppingera, Falty i Rudingera [51]), działają podskórne wstrzykiwania adrenaliny także na przemianę ciał białkowych, i to podniecająco, to znaczy, że zwiększa się wydzielanie azotu. Odnosi się to wszakże do zwierząt głodzonych. Przez równoczesne podanie tłuszczu można ten wpływ znacznie zwiększyć, a względnie uwydatnić go tam, gdzie sam przez się jest niewyraźny. A więc i na tem polu upatrywać trzeba indywidualnych różnic.

Mówiąc o właściwościach osobniczych wchodzimy na pole nader ciekawych, ale prawie zupełnie jeszcze niewyjaśnionych zagadnień fizyologii. Właściwości osobnicze występują na jaw w zupełnie prawidłowych warunkach. Objawy życia wegetatywnego wahają się, jak wiadomo, w granicach względnie szerokich. Częstość ruchów serca, zmiany naczynioruchowe, wydzielanie potu, śliny, soku żołądkowego, trzustkowego, ruchy żołądka i jelit, przemiana materyi i t. d. wszystko to są sprawy, które się nie odbywają bynajmniej według stałego fizyologicznego wzoru. Różnice indywidualne tak są znaczne, że możnaby mówić zaledwo o pewnych ogólnych typach co do przebiegu życia wegetatywnego. A i tych typów sporoby stworzyć trzeba, zaznaczając równocześnie, że u jednej i tej samej osoby nastawać mogą rozmaite zmiany i wahania, pomimo, że warunki zewnętrzne i wewnętrzne nie ulegają widocznej zmianie. Tych fizyologicznych wahań i osobniczych właściwości nie możemy uważać za coś przypadkowego. Są one niewątpliwie wyrazem różnej u różnych osobników wrażliwości narządów, względnie wyrazem różnego fizyologicznego napięcia i różnej fizyologicznej sprawności. Dawniej uważano to wszystko za wyraz wrodzonych biologicznych właściwości, za coś w rodzaju fizyologicznego temperamentu. Ale takie określenie nie rozjaśnia niczego, nie zadowalnia potrzeby wytłómaczenia toku fizyologicznych czynności we wszystkich szczegółach. Pytanie, dlaczego w szeregu zdrowych ustrojów pod wpływem podniet jednakowych powstają niejednakowe, co do stopnia, zjawiska, pozostaje na razie jeszcze bez odpowiedzi.

Medycyna doświadczalna, zajmująca się badaniem nerwowego układu wegetatywnego, utrwaliła i rozszerzyła wiadomości nasze o rozprzestrzenieniu nerwów wegetatywnych w narządach wewnętrznych, wykazała, że w każdym prawie z tych narządów znajdują się gałązki nerwowe, pochodzące tak z układu współczulnego, jak i układu autonomicznego. Skoro zaś oba te układy spełniają wobec siebie niemal zawsze rolę antagonistów, to jasną jest rzeczą, że różny stopień fizyologicznego podrażnienia jednej i drugiej grupy nerwowej wpływać musi w rozmaity sposób na ostateczną czynność wykonawczego narządu.

Z chwilą, kiedy pod wpływem badań organoterapeutycznych krystalizować się zaczęły coraz wyraźniej pojęcia o znaczeniu wydzielania wewnętrznego i t. zw. drażników, czyli hormonów narządowych dla wszelkiego rodzaju spraw wegetatywnych, kiedy poznano, że wytwory wydzielania wewnętrznego, używane w postaci wyciągów z rozmaitych gruczołów, w rozmaity sposób wpływają na układ nerwowy wegetatywny, stanęła na porządku dziennym sprawa wzajemnego stosunku rozmaitych wyciągów, względnie hormonów i sprawa złożonego, albo, mówiąc dobitniej, wypadkowego wpływu hormonów na przebieg czynności wegetatywnych i całego wegetatywnego życia ustroju. Dla badań doświadczalnych fizyologicznych i klinicznych stała się ona dostępną z chwilą, kiedy wydzielina układu chromochłonnego powszechnie uznana została jako typowy drażnik dla nerwu współczulnego. Przez porównanie można wtedy było oceniać dość ściśle wpływy innych gruczołów, służących przez swą wydzielinę sprawom biologicznym i określać ich biodynamiczne własności. Praca ta, gdy się rozpoczęła, doprowadzić musiała do rozdziału gruczołów, dostarczających wegetatywnych drażników i istotnie do niego doprowadziła. Jakkolwiek nie bez pewnych zastrzeżeń, rozróżniamy wśród nich dwie grupy: jedna przez swą wydzielinę stoi w bezpośrednim stosunku z układem nerwowym współczulnym, druga z układem autonomicznym. Podział ten jest potrzebny dla należytego uporządkowania wiadomości, zdobytych drogą doświadczeń na zwierzętach i drogą spostrzeżeń klinicznych; zupełnie ścisłym jednak być nie może wprost z tego powodu, że niektóre drażniki wywierają już same przez się wpływ wielostronny, posiadają biodynamiczną poliwalencyę, a nadto i dlatego, że obok skutków bezpośrednich, wzniecają także i wpływy pośrednie, które w mniejszym lub większym stopniu w dodatniem lub ujemnem znaczeniu skutki pierwotne miarkują albo nawet do pewnego stopnia zmieniają. Na tem wzajemnem oddziaływaniu polega właśnie równowaga fizyologicznego przebiegu spraw wegetatywnych. Zachwianie równowagi, zależne od stałych lub chwilowych zmian w wytwarzaniu, może i w składzie drażników wegetatywnych, wiedzie do wybitnych schorzeń, albo do przemijających, niekiedy okresowych zaburzeń czynnościowych.

Już z tych kilku uwag wynika, że t. zw. nerwice wegetatywne nie są w zasadzie bardzo często niczem innem, jak tylko wyrazem zmian w wytwarzaniu fizyologicznych hormonów, że właściwie mamy w nich obraz i następstwo nieprawidłowej czynności gruczołów, wyposażonych własnościami wydzielania wewnętrznego. Ale wynika i to także, że chyba tylko bardzo wyjątkowo spotkać można zaburzenia o zupełnie jednolitych cechach. Zwykle mieszają się ze sobą objawy nieprawidłowych czynności w najrozmaitszy sposób i trzeba je dopiero rozwikływać i krytycznie rozbierać na podstawie dokładnej znajomości fizyologii wydzielania wewnętrznego i wszystkich spraw wegetatywnych. Dopiero po takiej krytyce można je właściwie poszeregować i należycie ocenić. Na tle usiłowań, zmierzających do tego celu, rozwinął się w ciągu ostatnich lat nowy poniekąd kierunek badań, oparty na poznawaniu wzajemnego stosunku do siebie gruczołów, dostarczających drażników fizyologicznych.

Bez przesady utrzymywać można, że na uboczu nie pozostawiono żadnego gruczołu, o wszystkich starano się dowiedzieć nowych szczegółów. Ale pewniejsze nasze wiadomości nie są jeszcze bynajmniej powszechne, ograniczają się zaledwo do kilku narządów. Należą do nich, obok nadnerczy, tarczyca, przysadka mózgowa i trzustka, w małej części także ciałka przytarczyczne.

Z badań tych, ogromnie obszernych i wszechstronnych, postaramy się wyjąć te szczegóły, które są ważne dla przedstawienia wpływu wydzielin wymienionych gruczołów na wegetatywny układ nerwowy.

Wyrazem naszych zapatrywań na stosunek pierwszego z nich, t. j. tarczycy, do układu wegetatywnego jest m. in. teorya Möbiusa o istocie i o pochodzeniu choroby Basedowa, wyznawana obecnie przez przeważną większość patologów. Określamy ją mianem teoryi tarczycowej. Podstawę jej stanowi założenie, że nadmierna czynność tarczycy, a więc i nadmierna ilość wydzieliny, wznieca szereg objawów, składających się razem na obraz choroby.

Porównanie tych objawów z następstwami drażnienia pewnych części układu nerwu współczulnego wykazuje nietylko znaczne podobieństwo, ale nawet w niejednym kierunku zupełną analogię. I ta analogia zjawisk kierowała niewątpliwie rozumowaniem twórców teoryi tarczycowej, a sama teorya ugruntować się musiała tem silniej, gdy poznano dokładnie i wszechstronnie następstwa zatrucia przetworami tarczycy i ujęto jego objawy w jedną całość pod nazwą hipertyreoidozy.

---

[51]) Eppinger, Falta, Rudinger. Zeitschrft f. klin. Mediz. T. LXVI. S. 1.

Tak w chorobie Basedowa, jak i w przewlekłem, doświadczalnem, lub w mimowolnem, leczniczem zatruciu tarczycowem szeregują się zboczenia w trzech grupach: w grupie objawów odżywczych, sercowych i naczyniowych i t. zw. ocznych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

J. Babiński: **Réflexes tendineux, réflexes osseux.** Paris 1912.

Praca ta powstała z czterech wykładów Babińskiego, wygłoszonych w paryskim szpitalu »Pitié«, spisanych przez Charpentiera i Jarkowskiego, a przejrzanych przez autora. Mimo niewielkich rozmiarów jest ona bardzo obfitą w treść i zawiera liczne bystre uogólnienia i linie wytyczne, oparte na zjawiskach, spostrzeżonych po raz pierwszy w znacznej części przez Babińskiego i ogłoszonych częściowo już dawniej bądź przez niego samego, bądź przez pracowników jego kliniki. Nadto stanowi praca ta poglądowe ujęcie wiadomości o odruchach i ich znaczeniu rozpoznawczem w klinice neurologicznej, przyczem autor wyświetla tylko te fakta, którym przypisuje donioślejszą wartość.

I. W wykładzie pierwszym po wstępnych uwagach historycznych i fizyologicznych, omawia autor szczegółowo metodykę badania, warunki ogólne i przedstawia poszczególne odrębne warunki i pozycye, konieczne dla każdego odruchu z osobna, aby obserwacya była owocną i umożliwiała właściwe wysnuwanie wniosków bez popełniania błędów technicznych. W ten sposób opisuje Babiński pięć kardynalnych odruchów: (1) kolanowy, 2) Achillesa, 3) odruch mięśnia trójgłowego ramienia — prostujący przedramię, 4) odruch zginający przedramię, 5) odruch zwracający na wewnątrz, t. j. pronacyjny), które, zdaniem Babińskiego, u zdrowych osobników bywają stale wykazalne. Zdania odmienne polegają często na błędnej technice wykonania. Tak n. p., badając odruch Achillesa sposobem Babińskiego, t. j. gdy chory klęczy na krześle, otrzymuje go się stale u wszystkich zdrowych osób, w czem przed Babińskim popełniano liczne błędy. Przy innych odruchach, poza pięcioma kardynalnymi, nie można stwierdzić stałego pojawiania się. Wprawdzie w sposobie powstawania odruchów są pewne różnice, tak co do progu kurczliwości, co do szybkości i nagłości skurczu, jak rozległości terenu reakcyi ruchowych i rozległości strefy, z której odruchy można wywołać, ale naogół bywają one u zdrowych stałemi. Stan wszystkich odruchów bez wyjątku po jednej stronie u zdrowych, zawsze odpowiada stanowi w symetrycznej drugiej połowie, co Babiński nazywa »prawem symetryi«. — W końcu zestawia autor tabliczkę, wykazującą lokalizacyę poszczególnych odruchów mięśniowych i kostnych w układzie nerwowym rdzeniowym.

II. Przedmiotem drugiego i dalszych wykładów jest zachowywanie się odruchów ścięgnistych i kostnych w stanach chorobowych. Czynnikiem przyczynowym dla zmiany odruchów są schorzenia, usadowione w jednej z 3 części, składających łuk odruchowy (dośrodkowej, tj. nerwu czuciowego lub rogów tylnych, centralnej tj. substancyi szarej, lub też odśrodkowej tj. rogów przednich, nerwu ruchowego lub mięśnia), albo też schorzenia wyższych części układu nerwowego, działające tylko pośrednio na łuk odruchowy. Autor omawia naprzód znamiona, umożliwiające rozpoznanie braku odruchów lub zmniejszonych odruchów i błędy, popełniane przy ocenie tego zjawiska.

W dalszym ciągu rozpatruje rozmaite rodzaje obniżonej lub zniesionej pobudliwości odruchowej. Choroby, wywołujące zniesienie lub zmniejszoną pobudliwość odruchów dzieli Babiński na 2 grupy. W pierwszej zjawisko to stanowi objaw pierwszorzędny (wiąd rdzenia, zapalenia nerwów, zapalenie przednich rogów rdzenia, choroba Friedreicha). W drugiej grupie zmniejszona pobudliwość odruchów stanowi objaw wprawdzie ważny, ale nie pierwszorzędny (zapalenia rozlane i poprzeczne rdzenia, ucisk na rdzeń, jamistość rdzenia i t. p.) W wiądzie rdzenia objaw ten został stwierdzony przez Westphala w r. 1875. Zniesienie odruchu kolanowego stanowi niekiedy wczesny objaw tej choroby. Także inne odruchy zanikają. Jeszcze ważniejszym wskaźnikiem początkowym jest w wiądzie według badań Babińskiego zniknięcie odruchu Achillesa, które stale poprzedza zanik odruchu kolanowego w tej chorobie. Niekiedy spotykamy po jednej stronie zanik odruchu Achillesa przy zachowanym odruchu kolanowym tejsamej strony, natomiast po stronie drugiej jest stan odwrotny, tj. zanik odruchu kolanowego przy zachowanym odruchu Achillesa. Odruchy na kończynach górnych, według spostrzeżeń Babińskiego, nikną zwykle później, niż dolne, wbrew przeciwnemu twierdzeniu Fraenkla. Przed zanikiem odruchy przechodzą okres słabnięcia, i to przeważnie asymetrycznego. Zanik odruchów niekiedy się nie uogólnia, lecz ogranicza się, i to najczęściej do ścięgna Achillesa. Bezładowi ruchów przy wiądzie towarzyszy stale brak odruchów. Na nowo pojawić się one mogą tylko przy wikłającem porażeniu połowiczem z zajęciem dróg piramidalnych. Przy zapaleniach nerwów zniesienie odruchów może być również ogólnem lub ograniczonem, (przy alkoholowem kolanowy i Achillesa, przy ołowiowem — odruchy kończyn górnych). W przeciwieństwie do wiądu zanikłe odruchy mogą się na nowo w tych stanach pojawić. Przy zapaleniach nerwów inne objawy (bóle, porażenia, zaniki mięśniowe) poprzedzają ustanie odruchów. Przy wątpliwem rozpoznaniu rwy kulszowej zniesienie odruchu Achillesa ustala rozpoznanie tego cierpienia. Przy zapaleniu nerwu promieniowego (névrite radiale), opisanem po raz pierwszy przez Babińskiego, występują gwałtowne, przeszywające bóle, głównie w tylnej części ramienia, lekki zanik mięśnia trójgłowego ramieniowego, zmniejszenie pobudliwości elektrycznej i zanik odruchu wyprostnego przedramienia. Podczas, gdy przy zapaleniach nerwów zajęte są drogi dośrodkowe lub odśrodkowe łuku odruchowego, to przy zapaleniu rogów przednich objaw ten zależy od schorzenia samych ośrodków odruchowych, przyczem odpowiednio do miejsca i obszaru schorzenia — różne odruchy i w różnych rozmiarach zanikają. Przy sprawie przewlekłej odruchy zanikają na stałe, przy ostrej mogą się na nowo pojawić. W chorobie Friedreicha bywają odruchy stale i niezmiennie zniesione.

Choroby drugiej grupy, mianowicie zapalenia rdzenia, nowotwory, wybroczyny śródrdzeniowe, wywołują osłabienie lub zniesienie odruchów, odpowiednio do tego, które włókna lub komórki łuków odruchowych zostały zajęte, tak, iż badając same odruchy, można do pewnego stopnia określać siedzibę sprawy chorobowej, czego jednak przy syryngomyelii i glejakach czynić nie można. Przy złamaniach i zwichnięciach kręgów, przy próchnieniu kręgosłupa, przy różnych sprawach zapalnych i nowotworowych opon brak odruchów zależy od ucisku rdzenia. Wszelako spostrzeżenia Babińskiego, poczynione wspólnie z Jarkowskim i Jumentiém dowodzą, że ucisk rogów rdzenia nie zawsze w takich przypadkach wystarczy do zniesienia odruchów. Przy zapaleniach kręgosłupa zniesienie odruchów kolanowych i Achillesa powstaje, jak to wykazał Babiński, z powodu szerzenia się sprawy zapalnej na nerw korzonkowy lub mieszany. Brak odruchów, połączony z bólami błyskawicznymi, może naśladować wiąd rdzenia. Dlatego stworzył Babiński dla tej postaci zapalenia kręgosłupa nazwę »pseudotabes spondylosique«.

Co do spraw mięśniowych, to przy ostrem zapaleniu mięśni bywa osłabienie odruchów. Przy postępującym

zaniku mięśni stwierdzili Babiński i Jarkowski równoległość zaniku odruchów ścięgnistych z zanikiem pobudliwości mięśniowej i wyrażają przypuszczenie, że zjawisko to zależy od zmiany w mięśniach. Przy myastenii zauważył Babiński zgodnie z Erbem, że odruchy bywają osłabione, ale nigdy nie znikają. — Tak zwane okresowe porażenia, połączone z czasowem znikaniem odruchów, uważa Babiński za chorobę mięśni.

Co do faktu, czy zmiany w układzie nerwowym odśrodkowym, usadowione ponad ośrodkami dla odruchów ścięgnistych, mogą wywołać zanik odruchów, to sprawę tę uważa Babiński dotąd za nierozstrzygniętą.

III. Odruchy wzmożone napotykamy przy zaburzeniach dróg piramidalnych, usadowionych ponad ośrodkami odruchowymi. Jeżeli odruchy są obustronnie żywe, ale po jednej stronie wybitniejsze, to za wzmożony uważać powinniśmy stopień odruchów po stronie chorej, w regule ogólnej zaś za wzmożone chorobliwie powinniśmy uważać odruchy wówczas, gdy pobudzenie ścięgna wywołuje w przynależnej grupie mięśni seryę odruchowych regularnych skurczów rytmicznych zupełnie bez udziału woli. Zjawisko to znane jest w klinice przy odruchu stopowym, nazywanym: »epilepsia spinalis«, »clonus« stopowy i »drżenie padaczkowate stopy«. Przy drżeniu stopy (clonus) nie powinny występować dowolne skurcze mięśni goleni, albowiem w przeciwnym razie jest to drżenie, nazwane przez Babińskiego »fruste«, pojawiające się przy zupełnie zdrowym układzie nerwowym. Prócz drżenia stopy spostrzegamy to zjawisko przy »tańcu rzepki« (danse de la rotule), który przejawia się skurczami mięśnia czworogłowego, następującymi po gwałtownem odepchnięciu rzepki ku obwodowemu końcowi nogi. Takie samo zjawisko stanowi t. zw. »drżenie padaczkowate ręki«, opisane przez Bouchard. Również jeżeli jednorazowe uderzenie ścięgna wywołuje szereg wstrząśnień następowych, to mamy odruch polikinetyczny (Charpentiera). Do zjawisk, należących do kategoryi wzmożonej pobudliwości, zaliczamy też objaw Rossolimo (podrażnienie palców u nogi wywołuje odruchowe ich zgięcie) oraz objaw Mendla-Bechterewa (odruchowe zginanie się palców stopy przy opukiwaniu grzbietu stopy, któreto opukiwanie w stanie prawidłowym pociąga za sobą prostowanie czterech ostatnich palców u stopy).

Wzmożenie odruchów może być jednostronne, przy zajęciu układu piramid, a to zwykle strony przeciwnej, lub obustronne obu kończyn dolnych, zależne zwykle od sprawy rdzeniowej, a wyjątkowo od spraw mózgowych obustronnych. Nadto wzmożenie odruchów może dotyczyć jednej tylko kończyny dolnej lub górnej, obu kończyn dolnych i górnych równocześnie, albo też obu dolnych, a jednej górnej kończyny. Wzmożenie odruchów o wiele rzadziej, niż ich zniesienie, bywa samo przez się jedynym znakiem chorobowym (bez porażeń, przykurczeń i t. p.). Do chorób mózgowych, przebiegających zazwyczaj choćby czasowo ze wzmożeniem odruchów, należą krwotoki, rozmięknienia, guzy i t. p. W tych sprawach stopień wzmożenia odruchów bywa zazwyczaj proporcyonalny do stopnia porażenia. O ile porażeniom mózgowym towarzyszy następowe zwyrodnienie, to wówczas, według spostrzeżeń Babińskiego, zawsze stwierdzamy odruchy wzmożone. Brak wzmożonych odruchów dowodzi, według Babińskiego, że nie ma następowego zwyrodnienia dróg piramidowych. Uważa on to wręcz za znak rozpoznawczy w takich przypadkach, dowodzący, że przy danej sprawie organicznej zachodzi tylko ucisk okolicy Rolanda, bez następowego zwyrodnienia. Przy chorobach rdzenia wybitne wzmożenie odruchów może przebiegać przy zupełnem zachowaniu siły mięśniowej, a zatem inaczej, jak przy sprawach mózgowych. Przy rdzeniowem kurczowem porażeniu Erba i syryngomyelii odruchy zwolna potęgują się i zostają na stałe wzmożonymi. Przy kile rdzenia i stwardnieniu rozsianem przy chorobie Potta, ucisku rdzenia przez nowotwory, w stwardnieniu powrózków bocznych (sclerosis lateralis amyotrophica) może wzmożenie odruchów zniknąć. Przy poprzecznem zapaleniu rdzenia bywa wzmożenie odruchów objawem późnym, poprzedzonym zazwyczaj przez okres osłabienia lub zniesienia odruchów. — W niedokrwistości odruchy bywają wzmożone. Przy gruźlicy znaczne wzmożenie odruchów można odnieść do toksycznego podrażnienia dróg piramidalnych. Przy zatruciu strychniną jest wzmożenie odruchów objawem wręcz charakterystycznym. W okresie początkowym i późnym padaczki bywają odruchy wzmożone. Sprawy kostne i stawowe, drażniąc czuciowe włókna nerwów, mogą wywołać wzmożenie odruchów, zwłaszcza w okolicy, sąsiadującej z punktem wyjścia sprawy chorobowej.

Na zakończenie trzeciego wykładu omawia Babiński wpływ różnych przyczyn, bądź działających równocześnie oddzielnie na różne odruchy mięśniowe, bądź też działających równocześnie na jeden mięsień, ale w antagonistycznych kierunkach odruchowych.

IV. W czwartym wykładzie omawia Babiński odruchy skórne, względnie obronne (jądrowe, odruchy powłok brzusznych, odruchy podeszwowe i odbytowe), ich stosunek do odruchów mięśniowych i indywidualne różnice w ich natężeniu. Przedstawia, jak się przejawia wzmożenie odruchów skórnych i jak należy stwierdzać stopień ich natężenia, jak się zachowują odruchy skórne w cierpieniach, w których odruchy mięśniowe są zniesione, jak również przy zajęciu dróg piramidowych i chorobach ze wzmożonymi odruchami mięśniowymi.

W dalszym ciągu omawia Babiński związek, zachodzący między odruchami ścięgnistymi, a przykurczeniami mięśniowemi i odruchami skórnymi i rozwija na tem tle teoretyczne podstawy zabiegu Foersterowskiego.

W końcu przedstawia Babiński swoje poglądy na zachowywanie się odruchów ścięgnistych w histeryi, które głosi od r. 1893, a które są dyametralnie przeciwne temu, co dawniej sądzono. Dają się one streścić w następujący sposób: 1) Suggestya pozostaje zupełnie bez wpływu na stan odruchów w histeryi. 2) Porażenia, połączone z zanikiem lub wzmożeniem odruchów, nie podlegają leczeniu przez poddawanie. 3) Połowiczemu porażeniu histerycznemu nie towarzyszy wzmożenie odruchów po stronie porażonej. Takie bowiem przypadki nie są histeryą i nie dadzą się przez suggestyę wyleczyć. Dr M. Blassberg.

H. Finkelstein. **Lehrbuch der Säuglingskrankheiten.** Część II. Berlin 1912.

Między pojawieniem się pierwszej i drugiej części upłynął okres sześcioletni, którego autor użył na wyczerpujące przerobienie działu o zaburzeniach w odżywieniu u osesków. I rzeczywiście natrafiamy tu na całkiem odrębne poglądy, na zupełny przewrót w sprawie najaktualniejszej z dziedziny pedyatryi. Poglądy te są tembardziej ciekawe, że nie są zdobyte badaniami przemiany materyi, lecz tylko ścisłą obserwacyą kliniczną ogromnej liczby przypadków, a więc badaniem ciepłoty, tętna, oddychania, badaniem moczu i t. d. A więc, jak widzimy, zupełny przewrót, zupełne zarzucenie mozolnych badań przemiany materyi, które tak ważną w ostatnich latach odgrywały rolę.

Nietylko jednak ten dział, ale i inne, jak choroby przewodu pokarmowego, narządu oddechowego, choroby skórne u osesków, wyczerpująco są omówione i na każdą z nich podaje autor poglądy nowe, a co najważniejsze, zdobyte ścisłą obserwacyą kliniczną. Nie ulega też wątpliwości, że dzieło Finkelsteina pierwszorzędne w pedyatryi zajmie stanowisko i odda lekarzom cenne usługi.

Dr Jan Landau sen.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Weiss: **Leczenie gruźlicy przetworami tuberkulinowemi.** (Kuracisto 1912 Nr 2). Tuberkulinę stosujemy w celach rozpoznawczych i leczniczych. Do celów rozpoznawczych służą następujące odczyny: a) Odczyn skórny Pirqueta, który ma znaczenie rozpoznawcze tylko u dzieci, gdyż prawie u wszystkich dorosłych bywa dodatnim. b) Wcieranie maści Moro jest odczynem niepewnym, przy którym trudno jest odróżnić, czy odczyn jest słabo dodatni, czy też ujemny. c) Przed odczynem ocznym autor przestrzega, gdyż spostrzegał następowe oślepienie. d) Za najlepszy sposób uważa autor wstrzykiwanie podskórne starej tuberkuliny, która wywołuje w razie dodatniego wyniku podniesienie się ciepłoty o $^1/_2$ stopnia.

Podczas gdy wstrzykiwania rozpoznawcze robi się starą tuberkuliną, zmierzając do wywołania gorączki odczynowej, to wstrzykiwania lecznicze robi się nową tuberkuliną (mieszanką bakteryi), starając się unikać podniesienia ciepłoty. Leczenie zaczyna się od $^1/_{500}$ miligrama nowej tuberkuliny. Jeżeli ciepłota podniesie się, to ponawia się dalej tesame dawki, aż ciepłota będzie prawidłową. Jeżeli natomiast ciepłota pozostaje prawidłową, to wstrzykuje się kolejno $^2/_{400}$, $^3/_{500}$ i t. d. z jednodniową lub dwudniową przerwą przed każdem następnem wstrzyknięciem. Po $^{10}/_{500}$, to jest $^1/_{50}$, następuje $^2/_{50}$ i tak dalej aż do $^5/_{50}$, to jest do $^1/_{10}$, potem powiększa się dawkę o $^1/_{10}$ aż do $^{10}/_{10}$, t. j. do 1 miligrama. Przy sporządzaniu rozczynów musi się dbać o bardzo staranne wyjaławianie, a do rozczyniania używa się świeżo sporządzonego i wyjałowionego rozczynu 0·6 soli kuchennej. Leczenie kończy się po dojściu do dawki 1 miligrama, o ile ta dawka nie wywołuje żadnego odczynu. W razie ponowienia się objawów choroby można powtarzać później leczenie, ale wówczas nie należy dochodzić do tak wysokich dawek. Najlepiej nadają się do tego leczenia przypadki bezgorączkowe, ale i gorączka często znika pod wpływem tego leczenia. W razie istniejącej gorączki należy stosować to leczenie bardzo ostrożnie i tęsamą dawkę powtarzać dopóty, aż ciepłota nie spadnie. Ambulatoryjnie można stosować leczenie to tylko u chorych inteligentnych, którzy regularnie i ściśle mierzą ciepłotę. Również i o innych warunkach higieniczno-dyetetycznych nie należy zapominać. Dr M. Blassberg.

Gilbert: **O samoistnym napadowym hemoglobinomoczu** (Paris méd. 1912 Nr 48). U osób, dotkniętych samoistnym hemoglobinomoczem napadowym, stwierdzamy także poza napadami pewne żółte zabarwienie skóry, z dziennemi wahaniami w natężeniu, atoli bez udziału spojówek. Przyczyną tego jest zwiększona ilość bilirubiny we krwi, którą prawidłowo znajdujemy w ilości 1 grama na $3^1/_2$ litra, a której ilość zwiększa się przeszło w dwójnasób. Natomiast w moczu nie stwierdzamy barwików żółciowych. Wątroba i śledziona bywają powiększone. Białkomocz bywa nieznaczny i pojawia się tylko od czasu do czasu. Zazwyczaj bywa białkomocz u kilku członków rodziny chorego. Napad hemoglobinomoczu można sztucznie wywołać zapomocą próby Ehrlicha, każąc choremu trzymać przez pół godziny ręce w zimnej wodzie o ciepłocie 0° C. Chory Gilberta w 2 godziny po tej próbie oddał pierwszy mocz koloru wina Malagi, następny mocz był barwy różowej, a trzeci z kolei miał już prawidłowe zabarwienie. Pod drobnowidem nie stwierdza się w osadzie moczowym krwinek czerwonych, jest to zatem zjawisko, zależne od rozpuszczania się hemoglobiny. Nazajutrz wystąpiło u chorego Gilberta żółtaczkowe zabarwienie skóry, a we krwi stwierdzono bilirubinę w ilości 1 grama na 5 litrów, a zatem w ilości potrójnej. Badanie hemoglobiny wykazało znaczny spadek odporności wobec rozczynów słonych, atoli stan ten wkrótce ustąpił. Źródła kruchości krwinek przy tem cierpieniu dopatruje się Gilbert w hemolizującem działaniu śledziony, a zimno wywołuje jego zdaniem tylko odruchową pobudkę dla takiego nieprawidłowego działania śledziony. Następnie dokonuje się w nerkach dalsza destrukcya krwinek i rozpuszczenie hemoglobiny. Dalszy rozwój żółcicy i żółtaczki powstaje prawdopodobnie z powodu przemiany hemoglobiny w bilirubinę. Nie wiadomo jeszcze, czy ta przemiana odbywa się w wątrobie, czy w śledzionie. W ogólności uważa Gilbert hemoglobinuryę napadową za wielogruczołowy zbiór objawów, a mianowicie za zespół śledzionowo-wątrobowo-nerkowy. Dr Blasscerg.

Prof. Bonis i Renga. **O rozpoznawaniu gruźlicy sposobem Marmorka.** (La Riforma medica Nr 27 1912). Już dawniej rozmaici autorowie próbowali przy gruźlicy w celach rozpoznawczych podobnej techniki, jak przy odczynie Wassermanna, sądząc, że niwecznikiem będzie jakaś antytuberkulina, znajdująca się w ustroju danych osób, ponieważ jako antygenu używali tuberkuliny; wyniki jednak były ujemne. Również sposób Marmorka polega na zastosowaniu do gruźlicy zjawiska odchylenia dopełniacza, tylko, że Marmorek szukał w surowicy krwi, względnie w moczu, nie niwecznika, lecz substancyi toksycznej. a więc antygenu; badania swe przeprowadził nad moczem i surowicą krwi u 600 gruźliczych i tylko w 5% przypadków otrzymał wyniki przeciwne rozpoznaniu klinicznemu. B. i R. ograniczyli swe doświadczenia w tym kierunku tylko do moczów ludzi, dotkniętych napewno gruźlicą i do moczów świnek morskich, umyślnie zakażonych prątkiem Kocha. Składniki, których używał Marmorek i którymi posługiwali się B. i R. przy odczynie Bordeta i Gengou w odniesieniu do gruźlicy są następujące: antygen produkt bakteryjny, znajdujący się według Marmorka w surowicy krwi i moczu gruźliczych, niwecznik zawarty w zwykłej przeciwgruźliczej surowicy Marmorka, t. zn. zwróconej tylko przeciw prątkom Kocha, względnie ich produktom i komplement (dopełniacz), t. j. świeża surowica świnki morskiej. System hemolityczny składał się z ciałek czerwonych barana i surowicy hemolitycznej królika. W 15 przypadkach gruźlicy ludzkiej, w tem kilka gruźlicy chirurgicznej, był odczyn Marmorka zawsze dodatni z wyjątkiem jednego, gdzie zachodziło zapalenie nerek. W gruźlicy doświadczalnej u świnek morskich wynik odczynu był zawsze dodatni, t. zn. zupełny brak hemolizy. Metoda Marmorka ma więc wielkie znaczenie dla wczesnego poznania gruźlicy, zwłaszcza, że przeprowadza się ją poza ustrojem chorego. Oczywiście, jak i przy innych próbach serodyagnostycznych, tak i tutaj wynik ujemny nie wyłącza stanowczo gruźlicy; natomiast wynik dodatni w wątpliwych przypadkach skłania nas do tego rozpoznania. Dr T. T.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Jodival stawia Dorn najwyżej wśród wszystkich przetworów, stosowanych w zastępstwie jodku potasu; lek ten bowiem nie wywiera działań ubocznych, w szczególności nie wywołuje przypadłości żołądkowych, łatwo się wchłania i szybko działa. Dorn stosował jodival głównie w stwardnieniu tętnic, w zmianach naczyń na tle kiłowem, oraz w chorobach narządu oddechowego. (Allg. med. Zentr. Ztg. 1912. Nr 46). Kn.

Przetwory naparstnicy, podawane wewnętrznie, wywierają według badań Ogawy działanie z rozmaitą szybkością zależnie od swej wessalności w przewodzie pokarmowym. Zawarte w naparstnicy glikozydy skuteczne (t. zw. glikozydy frakcyi digitoksynowej) ulegają w jelitach wes-

saniu wogóle powoli; przy doświadczalnem utrudnieniu krążenia wrotnego wessanie prawie zupełnie ustaje (czem może tłómaczy się bezskuteczność wewnętrznego podawania naparstnicy przy zastojach w krążeniu w zakresie żyły wrotnej). Jednym z najlepiej wessalnych przetworów naparstnicy jest według Ogaty digipuratum (Deuts. Archiv. f. klin. Medizin. 1912, T. 108). Kn.

Digipuratum, nastój i proszek naparstnicy badał porównawczo Schrenk. Dawka digipuratum wynosiła przy wadach zastawkowych 0·2—0·4 dziennie; ogólna ilość leku w różnych postaciach chorób serca bywała różna, i tak w niedomykalności zastawki dwudzielnej dochodziła do 2·2, w zwężeniu ujścia żylnego lewego do 2·8 (w 10 dniach), w zwężeniu z niedomykalnością tylko do 1·5, w niedomykalności zastawek aorty do 2·5. Źle oddziaływały tylko te przypadki, gdzie mięsień sercowy był w złym stanie, zwłaszcza przy osłabieniu samej tylko komory prawej w następstwie zmian w krążeniu małem. U dotkniętych miażdżycą tętnic trzeba naparstnicę i wszelkie jej przetwory stosować wogóle z wielką ostrożnością, w przeciwnym bowiem razie bardzo łatwo pogarsza się czynność wydzielnicza nerek. (Münchener med. Woch. 1912. 53). Knl.

Arsentriferrol i arsentriferrin mają według prof. Ewalda tę zaletę, że nawet przy dłuższem stosowaniu nie drażnią żołądka, a dobrze się wchłaniają. Ewald nie wahał się też używać tych przetworów przy wrzodzie żołądka (28 przypadków), braku soku żołądkowego (4), raku żołądka (6), oraz przy wiądowych przełomach żołądkowych (2 przypadki), podając je przez 10 dni do 5 tygodni. W przypadkach tych wzrastał ciężar ciała i odsetek hemoglobiny we krwi, nawet w przypadkach raka; tylko dwaj chorzy na wrzód żołądka nie znosili arsentriferrolu. (Med. Klinik, 1913, 3). Knl.

W białaczce zaleca Kiralyfi leczenie benzolem, który wywołuje zmniejszanie się liczby ciałek białych, śledziony i gruczołów. Przy leczeniu tem konieczne jest ciągłe badanie krwi. Zapisuje się: »Rp. Benzoli chem. pur., olei oliv. aa 0·5, da ad caps gelat., dent. dos. Nr centum. S. po jedzeniu 4 kapsułki dziennie, potem trzy razy po dwie, 4 razy po dwie, w końcu 5 razy po dwie«. (Wiener klin. Woch. 1912, Nr 35). A.

W ostrym gośćcu stawowym zaleca Junghans dwa razy dziennie (po lewatywie wypróżniającej) wlewania do kiszki stolcowej po 50 cm³ 5% rozczynu kollargolu. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr 45). A.

Pot gruźliczych zawiera podług Pieryego w 40% prątki żywotne, nawet i w przypadkach gruźlicy chirurgicznej. Należy też pamiętać o tem i bieliznę i pościel chorych odkażać, jako możliwe źródło zakażenia. (Rev. de ther. méd. chir. April 1912). A.

Białkomocz ortostatyczny występuje bardzo często u osób gruźliczych, jak to wykazują badania Hinzego i Torina. (Beitr. zur Klinik der Tuberk. XXIV-2). A.

Przy niedokrwistościach i błednicach stosuje Michaiłow z bardzo dobrym skutkiem zamiast żelaza i arsenu, wyciągi ze śledziony. Zwiększa się przytem szybko ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych. Wyciągi te (lienin Poehla) stosuje M. częścią podskórnie, częścią wewnętrznie. (Russkij Wracz. 1912, Nr 2). A.

Codeonal podawał prof. Marcantoni (Gazz. degli osped. 1912, Nr 142) z dobrym wynikiem w bezsenności histerycznej i neurastenicznej, oraz w nerwicach narządów trawienia i krążenia. Kn.

Fibrolizynę Mercka (co 3—4 dni ampułka śródmięśniowo w pośladki) zaleca Max Fraenkel za wzorem Nonnego w stwardnieniu rozsianem mózgowordzeniowem. Fraenkel stosował to leczenie w 54 przypadkach w szpitalu Eppendorf i w 21 przypadkach z praktyki prywatnej; u 33 chorych nie było skutku, u 15 osiągnął niejakie polepszenie, u 27 znaczną, prawie wyleczeniu równą poprawę. (Neurol. Zentralbl. 1913, 1). Mk.

W zapaleniach gardła różnego rodzaju stosował Köhler z bardzo pomyślnym wynikiem perhydrol do pędzlowań (1:10 gliceryny) i płukań (na szklankę wody łyżka rozczynu 6:300). W zapaleniu nieżytowem działały pędzlowania niemal poronnie, w mieszkowem powstająca przy pędzlowaniu piana wyrzuciła czopki z lakun migdałkowych; w błonicy pędzlowania i płukania, działając odkażająco, przyspieszały także oddzielanie się błon. (Klin.-therap. Wochschr. 1913, 3). Mk.

Chineonal stosowali Fraenkel i Hauptmann (Mediz. Klinik, 1912, Nr 46) w 30 przypadkach krztuśca; w 26 wynik był dodatni, w 4 ujemny. Chineonal zmniejszał liczbę i siłę napadów kaszlu, wymioty ustępowały, apetyt powracał. Działanie ma być skuteczniejsze, jeżeli przedtem stosowano chininę. Dawka dzienna w pierwszym roku życia 3 razy po 0·1, u starszych 3 razy po 0·2. Dobre wyniki stosowania chineonalu miał także Armbruster. (Deut. med. Presse, 1912, Nr 22). Mk.

Przy moczeniu nocnem zaleca Klotz dyetę roślinną, gdyż rośliny, jako dające dużo kału, odprowadzają jelitami płyny. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr 42). A.

W nieżytach jelit u dzieci polega leczenie przedewszystkiem na odpowiedniej dyecie; jednakże obok niej dzielną pomocą są leki, zwłaszcza przetwory garbnika. Najużywańsza z nich tannalbina wywiera, jak przekonał się doc. Sittler (Die exsudativ-haemorrhagische Diathese, Würzburg 1913) pełny wpływ dopiero przy użyciu dużych dawek; i tak u niemowląt w pierwszym roku życia najmniej 3—5 gramów na dzień, u starszych 5—8 gramów, powyżej wieku niemowlęcego około 10 gramów (lek jest zupełnie nieszkodliwy). Trudność podawania tak wielkich dawek, które dzieci w formie proszku biorą nieraz niechętnie, ominął S., przepisując tannalbinę w mieszaninie następującej: »Rp. Tannalbin, kakao aa 50.0, pulv. aromat. 2.0, saccharin. 0·8—1·0, vanillin. 0·1«. Kn.

Arsentriferrin stosował Johem w 32 przypadkach niedokrwistości, zołzów, wyczerpania i t. d. ze skutkiem pomyślnym. Dzieci brały lek ten chętnie. J. podawał 3 razy dnia u dzieci po jednym, u dorosłych po 2 kołaczyki w pół godziny po jedzeniu. W dyecie unikać należy przy tym leku korzeni i owoców. (Aerztl. Mitheil. 1912, Nr 50). Kn.

Zjazd kinematograficzny w Berlinie uchwalił na przedstawieniach kinematograficznych przedstawiać obrazy, mające za cel kształcenie ludności w higienie. Tak np. przedstawiane będą: opieka nad zębami młodzieży szkolnej, opieka nad niemowlętami i położnicami, walka z gruźlicą itp. X.

Kuatsu, bardzo prosty japoński sposób ratowania nieprzytomnych, polega na rytmicznem uderzaniu dłonią, młotkiem i t. p. w okolicę wyrostka ościstego VII kręgu szyjnego. Zwłaszcza znakomite skutki wywierał ten sposób w razie zapadu w uśpieniu, przy zapaleniu płuc i t. d. (Korr. f. schweizer Aerzte, 1912, Nr 11). A.

Odkażanie rąk wykonuje Marquis jedynie przez mycie ich skrupulatne przez 10 minut 90% alkoholem. Sposób ten uważa M. na podstawie badań bakteryologicznych co najmniej za nie gorszy od innych sposobów odkażania rąk. (Revue de chir. Febr. Mars. 1912). A.

Rękawiczki gumowe odkażają Arnd i Rusca przez umieszczanie ich po mechanicznem odczyszczeniu na 10—12 godzin w 5‰ rozczynie kwasu siarkowego. Przed użyciem opłukuje się rękawiczki w jałowej słonej wodzie. (Therap. Monatschr. 1912, Nr 9). A.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa za r. 1912.

Skład osobisty Towarzystwa: Dn. 31 grudnia 1912 r. Towarzystwo liczyło: członków honorowych 40, korespondentów 22, czynnych 95. Zarząd Towarzystwa stanowili: Sekretarz stały kol. K. Jasiński, prezes kol. Krusche, wiceprezes S. Sterling, sekretarz I E. Sonenberg, sekretarz II A. Tomaszewski, skarbnik H. Trenkner, bibliotekarz I Z. Prechner, bibliotekarz II Goldberg. — Komitety stałe: a) Biblioteczny: M. Cohn, Goldman i Trenkner. b) Komisya rewizyjna: W. Littauer, Koliński i Golc. Skład sądu przy Towarzystwie: Członkowie sądu koledzy: Jasiński, Sterling, Grabowski, J. Michalski, Pieniążek do września r. b., a od września: Sonenberg; zastępcy: Sonenberg (od września r. ubiegłego), Skalski. Komitety czasowe: 1) W celu opracowania dezyderatów w sprawie walki z ospą wybrano komisyę, do której weszli koledzy: Skalski, Rueger, Łuczycki. 2) Komisya, składająca się z kolegów: Grabowskiego, Pinkusa i Łuczyckiego, wybrana została do obradowania łącznie z delegatami Towarzystwa higienicznego i Stowarzyszenia techników nad sprawami przyszłego samorządu, wchodzącemi w zakres higieny społecznej.

W roku sprawozdawczym przyjęto w poczet członków Towarzystwa kolegów: Langego, Tereszkowicza i Weissberga. Wystąpili z Towarzystwa koledzy: Łuniewski i I. Silberstrom.

Do żałobnej karty zapisujemy duże straty, jakie poniosło Towarzystwo w roku sprawozdawczym: 1) Zmarł ś. p. kolega Henryk Kadyi, profesor uniwersytetu lwowskiego, członek honorowy naszego Towarzystwa, mąż wielkich zasług na polu naukowem i dydaktycznem. Zmarł jako ofiara powołania. 2) Umarł ś. p. kol. Julian Lohrer, ceniony dla swej prawości charakteru i wiedzy fachowej, pierwszy prezes naszej instytucyi, który przez 11 lat z rzędu godnie piastował to stanowisko. Ś. p. kol. Lohrer był również pierwszym członkiem honorowym naszego Towarzystwa. Nad grobem zmarłego oraz na posiedzeniu Towarzystwa w d. 22 maja przemawiał prezes kol. Krusche. 3) Z szeregu Towarzystwa ubył kol. Jakób Birencweig, który, jako dermatolog o rozległej wiedzy i dużem przygotowaniu naukowem, zajmował przodujące u nas stanowisko, a osobistymi zaletami, prawym charakterem i szczytnem pojmowaniem stanowiska lekarza wyróżniał się bardzo. Zmarły kolega był członkiem Zarządu i uczestniczył w pracach naukowych Towarzystwa, zwłaszcza przed laty, bardzo żywo. Zmarł w sile wieku. Nad grobem ś. p. kol. Birencweiga przemawiał w imieniu Towarzystwa prezes kol. Krusche, a na posiedzeniu w d. 2 października r. ubiegłego dłuższe wspomnienie poświęcił pamięci zmarłego wiceprezes kol. Sterling.

Zarząd Towarzystwa odbył w ciągu roku 4 posiedzenia. Towarzystwo odbyło 20 posiedzeń. Wykładów i rozpraw odczytano 18. Z dziedziny dyagnostyki 1 (kol. Chodźko), z dziedziny lecznictwa 3 (Sterling, Tomaszewski, Schreiber, Gromski), chorób wewnętrznych 1 (Rosenthal), chorób nerwowych 2 (kol. Klozenberg, Pański), chirurgii 2 (Krusche, Goldman), chorób dziecięcych 1 (kol. Lipszyc), chorób przemiany materyi 1 (kol. Birencweig) chorób skórnych i wenerycznych 1 (Sonenberg), z zakresu zagadnień teoretycznych 1 (Sterling), spraw fabryczno-lekarskich 1 (kol. Grabowski), lecznictwa doświadczalnego 1 (kol. Maybaum), statystyki chorób nagminnych 2 (kol. Skalski, Maybaum), bakteryologii 1 (kol. Silberstrom). Chorych w roku sprawozdawczym pokazano 31. Z dziedziny chirurgii 13 (kol. Goldman, Perlis, Eisner, Goldberg); chorób wewnętrznych 2 (kol. Sterling, Tereszkowicz), chorób nerwowych 5 (koledzy Kaufman, Pański, Tomaszewski, Klozenberg, Trenkner). chorób skórnych 2, (kol. Grosglik, Klozenberg), chorób oczu 1 (kol. Koliński), zaburzeń w przemianie materyi 2 (kol. Maybaum, Tenenbaum), teratologii 1 (kol. Goldman), z dziedziny niezwykłych przypadków kazuistycznych 1 (kol. Tenenbaum), przypadki z nieustalonem rozpoznaniem choroby 3 (Goldenberg, Pański, Trenkner). Materyału do demonstracyi z wyjątkiem kilku przypadków, dostarczyły szpitale: Poznańskich, Anny Maryi, Aleksandra i ambulatoryum Towarzystwa dobroczynności. Preparatów anatomo-patologicznych, rentgenogramów i t. d. pokazano 20 (kol. Goldman, Perlis, Goldberg, Pański, Tomaszewski). Z dłuższych omówień, których treścią były przypadki kazuistyczne, nowe metody lecznicze, sprawozdania ze zjazdów i t. d., wymienić należy przemówienia kolegów: 1) Goldmana: »Omówienie 2 przypadków z dziedziny chirurgii dróg żółciowych«. 2) Kol. Goldberga: O nowej przez siebie opracowanej metodzie operowania przepukliny«. 3) Kol. Mogilnickiego: »Sprawozdanie ze Zjazdu międzynarodowego pedyatrów w Paryżu«. 4) Kol. Bogusławskiego: »Uwagi w sprawie dezynfekcyi miejskiej z pokazami doświadczeń z różnymi środkami dezynfekcyjnymi i uzasadnieniem potrzeby domu izolacyjnego«. Dyskusye nad odczytami i pokazami były na ogół ożywione i odznaczały się przygotowaniem i większem pogłębieniem przedmiotu ze strony biorących udział w dyskusyi. Niektóre przemówienia w dyskusyach stanowiły nawet uzupełnienie odczytów, do takich zaliczyć należy przemówienia: 1) kol. Kaufmana, przemówienie, stanowiące pogląd krytyczny na sprawę zastąpienia stosunku przyczynowego w biologii przez podstawienie zamiast niego warunków zjawiska (w dyskusyi nad odczytem: »O myśleniu warunkowem w medycynie«); 2) Sonenberga: O poglądach istniejących w dermatologii na stosunek, zachodzący między wyrzynaniem się zębów, a powstaniem niektórych cierpień skóry (w dyskusyi nad odczytem: »O trudnem wyrzynaniu się zębów w świetle nowoczesnych poglądów); 3) Kol. Trenknera: O demineralizacyi ustroju w przebiegu gruźlicy i o opartem na tem zjawisku leczeniu fosfacytenem (w dyskusyi nad odczytem: »O istocie i znaczeniu nad i niedokwasowości moczu«).

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna w roku ubiegłym według sprawozdania sekretarza sekcyi kol. Klozenberga, odbyła 6 posiedzeń, w tej liczbie jedno wspólne z członkami sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, na którem wygłoszono szereg odczytów z dziedziny neurologii, psychiatryi i psychologii (patrz zesz. VIII tom II Neurologii polskiej 1912). Na innych przedstawiono szereg przypadków klinicznych i preparatów anatomo patologicznych.

Sekcya pedyatryczna, według sprawozdania sekretarza sekcyi, kol. Rotwanda, odbyła posiedzeń klinicznych w szpitalu Anny Maryi cztery; na posiedzeniach przedstawiano przeważnie przypadki szpitalne. Posiedzeń odczytowo-klinicznych było 5: wygłoszono następujące odczyty: 1) kol. Czaplicki: »O własnościach leczniczych sublimatu«, 2) kol. Schoenaich: »Wielka śmiertelność w błonicy«, »Wynik leczenia błonicy w stosunku do wieku i postaci choroby«, 3) Gromski: »O urobilinuryi«.

Ze spraw, wychodzących poza obręb zagadnień naukowych, a poruszanych w roku sprawozdawczym, wymienić należy, wysunięty na czoło tegorocznych rozpraw, projekt przywrócenia w Łodzi regestracyi zgonów, podany przez kolegów: Skalskiego, Łuczyckiego i Jelnickiego. Projekt znalazł poparcie Towarzystwa i pomoc w urzeczywistnieniu. Przywraca on regestracyę, która w Łodzi już istniała i jednocześnie rozwija ją przez utworzenie stanowiska lekarza-statystyka i 2 pomocników. Wprawdzie projekt nie rozwiązuje sprawy całkowicie i pozostawia niejedno do życzenia, jednakże zaprowadzenie regestracyi, według zaproponowanego wzoru w mieście, w którem od trzech lat nie prowadzono żadnej wogóle statystyki zgonów, już zapewnia korzyści, a ustanowienie lekarza-statystyka pozwala spodziewać się, że cyfrowy materyał będzie nietylko gromadzony, lecz i umiejętnie prowadzony.

Dalej podnieść należy udział Towarzystwa w obradach nad sprawami przyszłego samorządu, wchodzącemi w zakres higieny społecznej.

Z innych spraw, dla dobra publicznego podjętych, zapisać należy walkę z epidemią ospy, ową plagą naszego miasta, która w roku 1912 więcej, niż zwykle, zaciążyła nad ubogą ludnością i robiła wśród niej spustoszenia z rozmachem żywiołu. Towarzystwo nasze poparło tu kolegów: Skalskiego, Ruegera i Łuczyckiego i rozwinęło ożywioną działalność, skierowaną ku masowemu szczepieniu ochronnemu w szkołach, fabrykach i t. d. przez oddziaływanie zapomocą stosownych odezw na ogół mieszkańców Łodzi, przez ogłoszenie w prasie komunikatu komisyi Towarzystwa, przez uproszenie duchowieństwa o nawoływanie z kazalnicy i t d.

Nowa ustawa fabryczna była również przedmiotem rozpraw Towarzystwa. Zmiany, które przewiduje ustawa, są zasadnicze i znaczne, sprawa więc raz jeszcze wejdzie pod obrady Towarzystwa przy udziale wszystkich lekarzy w Łodzi celem porozumienia się w rzeczach, które wspólnie członków Towarzystwa i niestowarzyszonych lekarzy obchodzą.

Jak widzimy, Towarzystwo nasze, które nigdy nie zamykało się wyłącznie w kole zagadnień naukowych i interesów zawodowych, w roku sprawozdawczym poruszało sprawy ogólniejszej natury i o podkładzie społecznym, w większym niż zwykle zakresie. A więc obok zagadnień naukowych sprawy, mające na celu zapewnienie miastu lepszych warunków zdrowotnych, stanowiły w roku sprawozdawczym ważny przedmiot pracy Towarzystwa. Podnoszę ten fakt dlatego, że świadczy on o zrozumieniu zadań, przypadających w udziale towarzystwu lekarskiemu na prowincyi, zwłaszcza w takich środowiskach, jak nasze miasto, które pod względem organizacyi zdrowia publicznego może służyć za rażący przykład zaniedbania. Pracując nad naprawą istniejących warunków zdrowotnych lub popierając usiłowania jednostek, towarzystwo lekarskie na prowincyi spełnia dziś poniekąd misyę, która może w niedalekiej przyszłości przypadnie w udziale innym instytucyom, a występując jako zorganizowana i jednolita opinia lekarska, z którą sfery miarodajne przywykły się liczyć, towarzystwo lekarskie potrafi zawsze, gdy chodzi o praktyczne przeprowadzenie czegoś, zdziałać więcej, aniżeli to zdołają uczynić zabiegi odosobnione jednostek.

W bieżącym roku — powtarzam — Towarzystwo nasze, poruszając sprawy o podkładzie społecznym, stwierdziło większą niż zwykle żywotność i włożyło w nie dużo rzetelnej pracy. E. Sonenberg.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XX. Ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 4 (17) maja 1912.

Obecnych członków 20. gości 5. Przewodniczy prezes prof. J. Ziemacki.

Prezes podaje do wiadomości, iż zmarli członkowie »Związku«: Dr matematyki prof. Jan Ptaszycki, Dr med. Władysław Ratuld i prowizor Wacław Mierzwiński i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Szymon Dzierżgowski: **W sprawie ochronnych szczepionek**. Na wstępie mówca podał ogólne pojęcia o szczepionkach i ich zastosowaniu w uodpornianiu ustroju, a potem rozpatrzył szczepionki, jako środki lecznicze. W dalszym ciągu wyświetlił istotę odporności biernej, poddał krytyce obecne sposoby stosowania szczepionek czynnych. Wyniki długoletnich badań wykazały, że bierna odporność trwa 4 – 6 tygodni, czynna zaś od 2 do 3 lat, ale tutaj i komórki zachowują tę odporność. Prelegent wyraża zdanie, że odporność ustroju ludzkiego pochodzi od obecności we krwi ciał białkowych rozmaitego składu chemicznego. Dalej zaznaczył, jakie znaczenie mają precypityny i bakteryocydyny, bakteryolizyny i opsoniny w sprawie odporności ustroju; zwiększenie odporności polega na zwiększeniu uzdolnienia komórek do wytwarzania wyżej wymienionych ciał. Zaszczepiając materyał zakaźny, który może być trojakiego rodzaju: materyał żywy, martwy i osłabiony, wytwarzamy w ten sposób w ustroju odporność czynną. Powtarzając szczepienia ochronne, możemy wywołać w ustroju przewlekłe powstawanie ciał ochronnych białkowych i w ten sposób ustrój uodpornić na dłuższy czas od całego szeregu chorób zakaźnych. W końcu prelegent wypowiada zdanie, że sprawa zastosowania szczepionek ochronnych powinna z czasem stanowić jedno z główniejszych działań programu wychowania.

Dyskusya: Prof. Ziemacki zapytuje prelegenta, w jaki sposób można stosować uodpornienie ustroju przeciw kilku chorobom jednocześnie. — Prelegent: W zasadzie jest to możliwe, bo jedna odporność nie przeszkadza drugiej. - Prof. Ziemacki: Czy we krwi takiego człowieka przeciwciała mogą bezkarnie być nagromadzone jednocześnie od kilku chorób? — Prelegent: Trudno dać odpowiedź na to pytanie, lecz, jak wiadomo, te ciała nie różnią się od zwykłych ciał białkowych. Przy zwiększeniu przez zmiany materyi i zwiększeniu ciepłoty, część ciał ginie, więc gromadzi się tylko tyle, ile ustrój może wydołać. — Prócz tego przemawiała w dyskusyi Dr Bukowska.—Prezes w imieniu Zgromadzenia składa serdeczne podziękowanie prelegentowi za cenny odczyt.

II. Demonstracya przyrządu »Santo« przez inż. Fawłowskiego została przeniesiona do Wydziału technicznego »Związku«.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) P. Kosińska zwróciła się z prośbą do Wydziału lekarskiego, ażeby Wydział zechciał dopomódz jej w sprawie oględzin dzieci przytułku przed wyjazdem na pobyt letni i po powrocie. Uproszono Dr Bukowską, która przyjęła na siebie ten obowiązek. 2) Jednomyślnie zostali obrani na członków rzeczywistych Związku: Dr Józef Bednarz, inż. Maryan Majewski, inż. Teodor Jasiewicz, ks. prof. Stanisław Trzeciak, Dr Stefan Rodziewicz, inż. Stanisław-Wojciech Surzycki, prow. Józef Szukszta, inż. Czesław Załęski, inż. Tadeusz Kozłowski, prow. Grzegorz Antoniewicz, inż. Jan Wołowski, inż. Konstanty Rychard, inż. Konstanty Żórawski, inż. Władysław Henszl i Dr Witold Zasidatel-Krzemieński. 3) Podano do wiadomości, iż na posiedzeniu »Rady« zapadła uchwała, aby ten, kto we właściwym czasie nie uiści składki rocznej, płacił nie 5, ale 6 rs. Po wymianie zdań odłożono tę sprawę do jesieni. 4) Uchwalono, aby bibliotekę »Związku« i biust Dra Strawińskiego przenieść do pracowni Dra Zboromirskiego, którego przychylna odpowiedź już nastąpiła. 5) Dr Uliński wnosi, aby na rozsyłanych zawiadomieniach o posiedzeniach wydrukowano, iż w razie nieznalezienia adresata uprasza się o zwrot podań i o adres sekretarza Dra Wilamowskiego. Zrobić to należy w tym celu, że wielu członków zmienia mieszkanie i nie zawiadamia o tem sekretarza, w przeciwnym zaś razie niewiadomo, kto z członków nie otrzymuje zawiadomień. Wniosek uchwalono. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

Posiedzenie z dnia 12. VI. 1912.

Obecnych 24 członków i 23 gości.

1) Kol. Krainskij **O sadyzmie pedagogicznym.** Przypadek, opisany przez autora, dotyczy znanego powszechnie ze swej srogości na egzaminach inspektora okręgowego; ani łzy ofiar, ani prośby rodziców, ani skargi do władz i w prasie nie wzruszały okrutnego pedagoga. 17 ofiar, które targnęły się na własne życie, zaznaczyło drogę jego karyery urzędniczej; cieszył się on opinią nieprzedajnego i nieprzejednanego w swej surowości wykonawcy obowiązków służbowych, poza którymi nic dlań nie było w ró-

wnej mierze ważne. Władze zaliczały go do najzdolniejszych i najuczciwszych pedagogów, odznaczenia i awanse szybko posuwały po szczeblach drabiny urzędniczej niezwykłego pedagoga, którego właściwe miejsce winno było być w lecznicy psychiatrycznej. Podczas egzaminów pedagog ów miewał zwyczaj siadać prawie konno na krzesło, długie poły surduta zarzucał naprzód tak, że przykrywał niemi miednicę z przodu i uda, wtedy zaczynał dawać pytania uczniowi. Pytania owe, gdy »ścinał«, były nadzwyczajne w swej pomysłowości, n. p. »co się stanie z termometrem, gdy wyrzucimy go za okno« lub »co można widzieć przez okno na dziedzińcu«. Im więcej uczeń mieszał się, im więcej okazywał strachu, tem silniej podbudzał się pedagog na swem krześle. Referent badał chorego parę razy i wtedy powziął podejrzenie o istnieniu zwyrodnienia płciowego; obecność na egzaminie dała mu możność obserwacyi owego stanu podniecenia, wtedy również upewnił się w słuszności swego podejrzenia. Gdy pedagog, »ściąwszy« kilku uczniów, spostrzegł się, że jest obserwowany, że jego zachowanie się nie uszło baczności lekarza, domyślającego się istotnego stanu rzeczy, zmieszał się, przestał pytać ucznia i po chwili zmienił za stołem, gdzie zasiadała komisya egzaminacyjna, miejsce tak, że referent nie mógł go widzieć. Gdy zaś i referent spróbował zmienić swe miejsce, wtedy pedagog powstał i wyszedł z sali; uratowało to wtedy zapewne niejednego ucznia. Nowotwór śledziony przeciął pasmo owej pedagogicznej działalności. Jeszcze na krótko przed zgonem na wiosnę, wycieńczony chorobą okrutny pedagog, zwlókł się z łóżka, pojechał na egzamina do Mohylewa, »ściął« tam kilku i zupełnie wyczerpany powrócił do domu.

Referent wypowiada zdanie, że z podobnem złem ani lekarze, ani społeczeństwo walczyć nie zdołają. Chorzy tacy z wielką umiejętnością ukrywają swe zwyrodnienie płciowe, wynajdując środki, by w najmniej podejrzany sposób zaspokajać swe żądze. Maską taką, w dodatku popłatną bardzo, było w danym przypadku sumienne i bezwzględne wykonywanie obowiązków służbowych.

W dyskusyi kol. Szabad przypomina znanego ongiś inspektora na uniwersytecie moskiewskim Bryzgałowa, którego działalność również zaznaczyła się wielu ofiarami śród młodzieży. Od takich osobników częstokroć zależą losy tysięcy osób. Zdania referenta co do bezskuteczności walki z podobnemi zjawiskami kol. Szabad nie podziela: prasa i opinia społeczna nawet w warunkach naszych mogą znacznie ukrócić zło.

2) Kol. Zarcyn. **O zapaleniu wyrostka robaczkowego i okołokątniczem.** Przytoczywszy etyologię sprawy i rozmaite co do tego teorye, w których jako główny moment przyczynowy podają wszyscy zatkanie ujścia wyrostka, referent skreślił obraz anatomiczny patologii, przebieg kliniczny różnych postaci choroby, wskazał na trudności w rozpoznaniu i rokowaniu, przytoczył dane statystyczne co do przypadków operowanych i nieoperowanych, przemawiające wyraźnie za rękoczynem, w końcu podał tłumaczenia niektórych autorów, dlaczego niekiedy stosowanie narkotyków wpływa na przebieg sprawy ujemnie, środki zaś przeczyszczające oddziaływają wtedy dodatnio. Dyskusyi wobec późnej godziny nie było.

Posiedzenie z dnia 14. IX. 1913 r.

Obecnych 30 członków i 24 gości.

1) Kol. Krainskij pokazuje chłopaka lat 15, u którego w kwietniu wystąpiły objawy **bezwładu postępującego.** Odczyn Wassermanna w surowicy krwi — ujemny; płynu mózgowo rdzeniowego nie zdołano otrzymać. Matka chłopaka przed 9 laty zmarła w szpitalu dla obłąkanych. W wywiadach niema nic, coby wskazywało na przymiot nabyty lub odziedziczony. Badanie wykazuje: silne osłabienie unerwienia mięśni na twarzy, nierównomierność źrenic, mowa poraźna, powolne ruchy, apatya, stępienie umysłu, silne osłabienie pamięci i zdolności kombinowania; chory nie poznawał otoczenia, plótł różne niedorzeczności, dowodził niekiedy, że ma miliony rubli. Zastosowano śródżylnie 0,6 salwarsanu, w tydzień potem dawkę tę powtórzono. Już po pierwszem wlewaniu salwarsanu na 4. dzień dało się zauważyć ogólne polepszenie; poza tem stosowano codziennie wstrzykiwania nukleinianu sodu po 0,5. Wkrótce po drugiej dawce salwarsanu objawy wyżej opisane zaczęły znikać dość szybko. Obecnie: źrenice prawidłowej, jednostajnej wielkości, mowa prawidłowa, wróciła przytomność, pamięć, słowem wynik leczenia świetny; ma się rozumieć leczenie swoiste należy dalej stosować.

W dyskusyi kol. Gierszun zaznacza, że ponieważ odczyn Wassermanna w surowicy krwi ujemny, płynu zaś mózgowordzeniowego nie badano, należy zakwestyonować rozpoznanie, tembardziej, że klinicznych objawów przymiotu niema. — Kol. Krainskij twierdzi, że innej postaci chorobowej, którąby można przypuszczać w danym przypadku, nie zna.

2) Kol. Szabad. **Obecny stan walki z gruźlicą na Zachodzie; wytyczne dla działalności oddziału Wileńskiego Ligi przeciwgruźliczej** (nie nadaje się do streszczenia). Safarewicz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 26. II. 1913 posiedzenie, na którem prym. Dr Borzęcki przedstawił chorych ze swojego oddziału, a doc. Dr Mazurkiewicz wygłosił wykład: »W sprawie projektu ustawy o pozbawieniu własnowolności«. W dyskusyi zabierali głos prof. Piltz i Dr Rogalski.

— W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem rozpoczyna się cykl odczytów z zakresu przemiany materyi. Dotychczas zapewniony jest udział następujących prelegentów: prof. Marchlewskiego, prof. Bądzyńskiego, Dr Kostrzewskiego, Surzyckiego, Blassberga, Nowaczyńskiego, doc. Latkowskiego, prof. Rosnera, prof. Krzyształowicza, prof. Lewkowicza, Dr M. Godlewskiego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stefan Brokowski, rodem z Rawy w Królestwie polskiem.

— Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o zamieszczenie: »Wobec tego, że kilku Kolegów zwróciło się do mnie z zapytaniem, dlaczego nie odebrało jeszcze Kalendarza lekarskiego, oświadczam, że w grudniu wysłano wszystkim kolegom stosownie do zamówienia kalendarze, niestety jednak kilka wysłanych za zwykłą opaską zaginęło w drodze. Dlatego upraszam Szanownych Kolegów, którzy mimo zamówienia egzemplarza nie otrzymali, o zawiadomienie o tem Rędakcyę Kalendarza, a ta wyśle odwrotnie kalendarz polecony. W przyszłości uprasza się Kolegów o zamawianie o ile możności kalendarza za zaliczką lub jako przesyłkę poleconą. Dr A. Klęsk, redaktor »Kalendarza lek.« (Kraków, św. Jana 18)«.

— W Krakowie zawiązuje się z inicyatywy naczelnego lekarza miejskiego Dr Janiszewskiego i lekarzy szkolnych miejskich, Dr Klęska i Dr Grażyńskiego, »Towarzystwo opieki nad dziatwą szkół ludowych« pod przewodnictwem Maryi hr. Wodzickiej. Towarzystwo to ma za zadanie odżywianie potrzebujących tego dzieci szkolnych (rozdawnictwo mleka i bułek), zaopatrywanie ich w odzież i czuwanie nad zdrowiem dzieci i opieką pozaszkolną.

— Pod przewodnictwem prof. Dr B. Wicherkiewicza odbyło się w dniu 18 b. m. Walne Zgromadzenie »Samarytanina polskiego«. Dotychczasowy komitet złożył sprawozdanie, wykazujące szybki rozwój Towarzystwa, nietylko w Krakowie, ale i w całej Galicyi. W Krakowie liczy Towarzystwo członków 1266. Z Galicyi zgłoszono kół »Samarytanina polskiego« 33. Towarzystwo urządziło w Krakowie 24 kursa, na które uczęszczało 1266 osób. Do wydziału wybrano: prof. Brauna, Dr Bobrowskiego, prof. Bujwida, Chlumskyego, Dr Damskiego, Janiszewskiego, dyr. Kasy oszczędności Kowalskiego, prof. Pareńskiego, doc. Radlińskiego, prof. Rutkowskiego, Dr Rzegocińskiego, Służewskiego, M. Staszewskiego, Z. Wachtla (seniora) i prof. Wicherkiewicza. Do komisyi kontrolującej wybrano: Dr Kwaśnic-

kiego, Piotrowskiego i Kwiatkowskiego; do sądu polubownego prof. Pilza, Dr Bogdanika, Gawlika, Sikorskiego, prof. Ciechanowskiego, Dr Krzysztonia, Klęska i hr. Szembekową.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. II. do 22. II. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 3 † —), krztuśca 2, ospy wietrznej 3, płonicy 9 † 1 (2 † —), odry —, duru brzusznego 1 † — (— † —), czerwonki — † —, róży 2, kuru 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Na konkursie im. ś. p. Dr B. Żebrowskiego, ogłoszonym przez »Gazetę lekarską« na najlepszą pracę z dziedziny bakteryologii lub chemii lekarskiej, drukowaną w czasopismach lekarskich w r. 1912, otrzymał nagrodę p. Dunin-Borkowski, asystent zakładu fizyologicznego U. J., za pracę p. t. »Istota hemolizy i aglutynacyi« (ogłoszoną w »Gazecie lekarskiej«).

— Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymało na swe cele ogólne następujące dary: Mecenas Stanisław Kostrowicki z Petersburga złożył rb. 10.500, jako fundusz wieczysty jego imienia; od córek i syna ś. p. Maryi K. Szlenkerowej, dla uczczenia jej pamięci, otrzymało Towarzystwo rb. 1000, od p. Alicyi Hasfortowej rb. 1000 i od p. Gustawa Łabęckiego rb. 5. Na pracownię antropologiczną otrzymało Towarzystwo od pp. Jana Berenta rb. 5, Wacława Bruna rb. 14, Karola Czaplickiego rb. 8, Wandalina Szukiewicza rb. 9 i bezimiennie rb. 16.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 17. II. do 24. II. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 1 † 1, duru wysypkowego — † —, róży 2.

Dr Trenkner.

Wilno. Jako pierwszy tom wileńskiej »Biblioteki pamiętników« wyszedł początek pamiętników prof. Józefa Franka, tłómaczonych z francuskiego i opatrzonych uwagami historycznemi przez zasłużonego Dr Władysława Zahorskiego.

Z różnych stron. Na porządku dziennym XXIV posiedzenia Wydziału lekarskiego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu d. 8 (21) lutego r. b. znajdowały się następujące wykłady: 1) Dr Romanowicz: Badania nad włośnicą (trichinosis): powikłanie posocznicą pochodzenia jelitowego, substancye toksyczne, wytwarzane przez zarodki pasorzyta. 2) P. Dryjski: Czucie i świadomość.

— Dr Stanisław Łazarewicz, redaktor »Nowin lekarskich« w Poznaniu, mianowany został członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Zmarli: Dr Kazimierz Kruszyński we Lwowie w 54 r. ż.

Redakcya otrzymała: Cybulski: Ein Model der Aktionsströme des Muskels. »Bull. de l'acad. des sciences de Cracovie« 1912. — Napiórkowski: Cukier jako źródło siły produkcyjnej: dźwignia rolnictwa. Wydawnictwo lubelskiego Tow. rolniczego. 1913. — Puławski A.. Bright'sche Krankheit. Zweimalige Edebohls'sche Operation. Basedow-Symptome zum Schlusse des Lebens. Od. »Wiener med. Wochens«. 1913, 3. — Chełchowski: Choroby zakaźne i śmiertelność w Zakopanem. »Gazeta lek.« 1913. — Ziembicki W.: Zatrucie nitrobenzolem. »Tyg. lek.« 1912. — Ziembicki W. i Sabat: Przypadek z przetrwałym przewodem Botalliego i niezwykłym obrazem radioskopowym. »Tyg. lek.« 1912. — Penzias: O chorobie Recklinghausena. »Tyg. lek.« 1912. — Mięsowicz: 1) Sposoby badania klinicznego dla użytku uczniów i lekarzy. Zeszyt drugi. Kraków 1912. (Str. 260—504). Z 7 tablicami kolorowemi i licznymi rysunkami w tekście. 2) O wskazaniach do przerywania ciąży ze stanowiska medycyny wewnętrznej. Kraków 1912. — Babiński: 1) Réflexes tendineux et reflexes osseux. (Leçons faites à l'hôpital de la Pitié). Paris 1912. — 2) (z p. Jumentié). Contribution a l'étude de l'hemorrhagie méningée. Bull. de la Soc. des hôp. 1912. 3) (z pp. Jumentié i Martel). Tumeur méningée de la région dorsale supérieure etc. 4) (z pp. Martel i Chaillons). Stase papillaire bilatérale, cécité presque compllète, craniectomie etc. C. R. de la Soc. de neurol. 1912. — Saski: O zawartości ciał swoistych w surowicach przeciwpneumokokowych Mercka oraz drezdeńskiej. »Gaz. lek.« 1912. — Grzywo-Dąbrowski: 1) Leczenie porażenia postępującego nukleinianem sodu. 2) Przypadek omamów wrzekomych o podkładzie hypnagogicznym. »Neurologia polska« 1912. — A. Starzyński: Odczyn benzaldehydowy moczu w chorobach umysłowych. »Neurologia polska« 1912.

Bibliografia.

Dr Emil Fuhrmann. **Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich.** Rok VIII. Wiedeń 1912. Cena 10 kor.

Udoskonalając swój schematyzm lekarski stopniowo, postawił go Dr Fuhrmann w końcu na takim poziomie co do dokładności, że ministerstwo spraw wewnętrznych poleciło go, jako nadający się do użytku władz, reskryptem z 9. grudnia 1912, L. 6289/S. Trzeba przyznać, że wydawnictwo Dr Fuhrmanna zasłużyło na to polecenie dbałością o ścisłość i aktualność podawanych informacyi i z roku na rok wprowadzanemi ulepszeniami. Również w roczniku ostatnim uzupełnił Dr Fuhrmann starannie rozdziały o instytucyach filantropijno-lekarskich, szpitalach, sanatoryach i zdrojowiskach. Z wielką pedanteryą starał się też redaktor »Rocznika« o poprawienie adresów lekarzy w większych miastach według najświeższych danych itp. Jednem słowem można wydawnictwo to uznać za zupełnie odpowiadające celowi.

Z.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik IV. Zeszyt 2. (cena 2·50 Mk.). (Cały rocznik 16 Mk.).

Drugi zeszyt tegoroczny »Kursów lekarskich« zawiera prace, dotyczące chorób krążenia i oddychania, a mianowicie: prof. Hoffmanna o nieregularnej czynności serca, prof. Van d. Veldena o postępach fizycznej dyagnostyki sercowej, wreszcie prof. Stähelina o leczeniu tuberkuliną; wszystkie trzy artykuły dotyczą ważnych, a na dobie będących zagadnień.

Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1913.

Gazeta lek. Nr 5—8.: Cybulski (dok. 5). — Higier: Operacya Foerstera przecięcia korzeni czuciowych rdzenia, operacya Spitzyego wszczepienia nerwów obwodowych i operacya Stoffela wyłączenia częściowego nn. ruchowych w przypadku porażenia skurczowego, powstałego po ostrem zapaleniu mózgu w wieku młodzieńczym (5—6). — Kramsztyk: Ś. p. Bolesław Gepner (wspomnienie pośmiertne) (6). — Hertz i Wretowski: Przypadek uogólnionego obrzmienia gruczołów chłonnych o typie limfatyczno-śródbłonkowo-łącznotkankowym wraz z przyczynkiem do nauki o ziarnicy złośliwej (6—7). — Batawia: Zaburzenia słuchu i równowagi po salwarsanie (7—8). — Leyzerowicz: O wytwarzaniu się barwika w skórze po śmierci (8—9).

Medycyna i Kronika lek. Nr 5—8.: Karbowski: O tak zwanych przetokach błędnikowych (5—8). — Higier (dok. 5). — M. Biehler: Kilka słów w sprawie epidemii porażenia rdzeniowego ostrego w Królestwie polskiem w 1911 r. (6—7). — Sterling Stefan: O serodyagnostyce raka (7—8). — Higier: Z farmakodynamiki i patologii ogólnej układu wegetacyjnego (7—8).

Tygodnik lek. Nr 5—8.: Progulski: O mleku kobiecem konserwowanem i jego zastosowaniu (4—6). — Starklówna: Nadnercza w stanach patologicznych (5—6). — Sołtysik: Wspomnienia i wnioski z podróży i międzynar. Kongresu ginekologów (5—6). — Hornowski: Śmierć wskutek chloroformu, a gruczoły wewnętrznego wydzielania (7—8). — Węgrzynowski: Przyczynek do powstawania kwasu szczawiowego w ustroju (7—8).

Nowiny lek. Nr 2.: Wrzosek: O zadaniach prac doświadczalnych nad nowotworami złośliwymi. — J. Mazurkiewicz: O asymetrycznych czynnościach półkul mozgowych. — St. Serkowski: Opsoniny i bakteryotropiny w świetle doświadczeń własnych i krytyka teoryi Wrighta. — Türschmid: Lewostronne wysokie ułożenie kiszki ślepej z niezwykłym przebiegiem wy-

rostka robaczkowego. — Saski: Trzy przypadki duru brzusznego leczone szczepionką przeciwtyfusową Dra Czajkowskiego. — St. Szuman: Diagnoza i prognoza jako suggestya w psychologicznem, terapeutycznem i etycznem znaczeniu.

Postęp okulist. Nr 1—2. Wicherkiewicz: Dr Bolesław Gepner (wspomnienie pośmiertne). — Żurkowski: O sposobach wyrównania niezborności złożonej.

Przegląd psychyatryczny, Tom V. Z. 1. Od wydawców. — Matylda Biehler: Porażenie ostre rdzenia u dzieci. Choroba Heine-Medina. — Kazimierz Sędziuk: Przyczynek do badań nad trawieniem u osesków. — M. Krassowski. Przypadek wydobycia kamienia z dróg moczowych u małego dziecka.

Kronika dentyst. Nr 2. Hofung: Dyagnoza różniczkowa przy leczeniu zapalenia miazgi.

Przegląd higieniczny Nr 2. Ogórek-Pankowa (dok.). — Inż. Mołczański. Kilka słów w sprawie racyonalnej budowy kanałów domowych.

Zdrowie Nr 2. Hewelke: Gruźlica i szkoła ludowa. — Koszutski: Statystyka gruźlicy wśród dzieci szkół początkowych w Kaliszu. — Langer: Suchotnicy a zadanie społecznej medycyny. — Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem Dr Dłuskiego. — Gałecki: Cztery lata istnienia sanatoryum w Rudce. — Budzyński: Leśniczówka, sanatoryum ludowe pod Warszawą.

Głos lekarzy Nr 3—4. Higiena społeczna w gospodarce m. Lwowa (3). — Lekarze przy wyborach do lwowskiej Rady miejskiej (3). — Czerwony Krzyż (3). — Umowa, regulująca stosunek lekarzy do Tow. ub. na życie w Austryi (4). — W sprawie opieki nad obłąkanymi (4).

Słowo lekarskie Nr 3. Klauber: O sądowych należytościach lekarzy. — W sprawie nowych tytułów dla lekarzy. — C.: W sprawie zaopatrzenia kraju w wodę. — Klęsk: Lekarz a telefon.

Nasze Zdroje. Zeszyt 3—4. Westreich: Znaczenie Banku zdrojowisk. — Pouczające zestawienie. — Dr L. Kilka uwag o kolejach. — N. Z.: Galicyjski akcyjny Bank zdrojowisk. — Skórczewski: O znaczeniu promieni Roentgena dla lekarza zdrojowego przy rozpoznawaniu chorób i ich leczeniu. — Teodorowicz: Z wycieczki poglądowo-naukowej za granicę.

Redaktor odpowiedzialny
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 5. marca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Demonstracye chorych z oddziału prof. Rutkowskiego i z klinik prof. Reissa i prof. Piltza.

W klinice medycznej U. J. w Krakowie odbywać się będą tygodniowe praktyczne **kursa dla lekarzy** od 10—16 marca b. r. a mianowicie:

1. **Rentgenologia kliniczna,** połączona z prześwietlaniem chorych. Asystent kliniki Dr Nowaczyński. Codziennie popołudniu przez 3 godziny. Czesne 20 kor.
2. **Serologia kliniczna** ze szczegółowem uwzględnieniem dyagnostyki klinicznej. Asystent kliniki Dr Kostrzewski. Codziennie przed południem przez 3 godziny. Czesne 20 kor.
3. **O surowicach leczniczych.** Profesor Jaworski. 2 godziny. Czesne 2 kor.
4. **O stosowaniu i wynikach leczniczych leków ostatniej doby.** Asystent kliniki Dr Wachtel. 2 godziny. Czesne 2 kor.

Pp. Lekarze chcący wziąć udział w powyższych kursach zechcą się zgłosić bądź pisemnie, bądź osobiście w kancelaryi kliniki medycznej (Kopernika 15) najpóźniej do 8. marca b. r.

Prof. Dr W. Jaworski.



Rok LII. Kraków, dnia 8. marca 1913. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu Lwowskiego (Dyrektor Prof. Dr Dmochowski).

O jednoczesnem barwieniu włókien sprężystych i tkanki tłuszczowej.

Podał

Józef Hornowski.

W roku 1908 podałem w »Przeglądzie lekarskim« sposób, polegający na jednoczesnem różniczkowem barwieniu włókien sprężystych, mięśni, tkanki łącznej. Badając tym sposobem szereg tętnic przy różnych stanach patologicznych, przekonałem się, że niemniej byłoby ważnem, aby sposób ten skombinować z jednoczesnem barwieniem w preparacie tłuszczu, coby pozwoliło nam rozpoznawać początkowe zmiany w tętnicach, polegające na zwyrodnieniu tłuszczowem różnych elementów, w szczególności zaś włókien sprężystych. W celu barwienia jednoczesnego włókien sprężystych i tłuszczu istnieje sposób Fischera, polegający na stosowaniu fukseliny, zmieszanej z sudanem III. Sposób ten jednak ma tę wadę, że jądra komórek nie barwią się, wskutek czego mamy utrudnioną oryentacyę co do usadowienia zmian tłuszczowych w stosunku do komórek.

Mój sposób barwienia usuwa tę wadę.

Postępuję więc w ten sposób: Skrawki, pokrajane o ile możności jak najcieniej, na mikrotomie do mrożenia, przekładam z wody, do nasyconego w 70% alkoholu, sudanu III na 6 do 12 godzin. Po wyjęciu z sudanu przekładam je, bez uprzedniego płukania w wodzie, do następującej mieszaniny:

Haematoxylini crystall. in subst. 0,2
Resorcin-Fuchsini (Grübler) in substantia 0,04
Alcoholi 70% — 100,0

do której dodaję w stosunku na każde 5 ctm^3 1 kroplę następującej mieszaniny:

Liquoris ferri sesquichlorati Pharm. 1 cm^3
Acidi muriatici concentrati puri 2 cm^3.

W mieszaninie tej trzymam preparaty 24 godzin, poczem przekładam je znowu bez płukania na 6 do 12 godzin do nasyconego w 70% alkoholu sudanu III. Po wyjęciu z sudanu płuczę je krótko w wodzie przekroplonej, nakładam na szkiełko, daję kroplę gliceryny i przykrywam szkiełkiem pokrywkowem. O ile chcę mieć preparaty stałe, oklejam szkiełko pokrywkowe asfaltem.

W ten sposób barwione preparaty dają najdrobniejsze szczegóły, dotyczące zachowania się włókien sprężystych, zmian tłuszczowych, oraz stosunku ich do komórek, których jądra występują zabarwione na ciemnoszaro.

Im cieńsze są skrawki mikrotomowe, tem obraz jest naturalnie bardziej wyrazisty. Czasami, w wyjątkowych zresztą wypadkach, o ile przy tem barwieniu niezupełnie wyraźnie występują bądź włókna sprężyste, bądź tłuszcz, powtarzamy całą procedurę poraz drugi, a nawet trzeci, to jest, zaraz po wyjęciu z drugiego sudanu III, znowu wkładamy preparaty do mieszaniny hemotoksyliny z rezorcyn-fuksyną, potem zaś raz jeszcze do sudanu. Preparaty tak barwione można przechowywać bez zmian bardzo długo.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

W ciężkich przypadkach choroby Basedowa, względnie, jeśli wolno użyć tego określenia, w ostrych jej okresach, zaznaczają się pierwsze z nich tak wyraźnie, że ocenić je można zupełnie należycie bez osobnego badania. Mimo dobrego, niekiedy wprost niezwykłego apetytu chorzy tacy chudną i słabną widocznie. Z góry więc przypuścić trzeba, że cała sprawa spalania jest chorobliwie wzmożona. Utlenianiu ulegają nietylko zwykłe zapasy paliwa, wprowadzonego z pokarmami, ale także wszelkie rezerwy glikogenu i tłuszczu; wreszcie spala się także białko. Z tem samem zjawiskiem spotykamy się także i w sztucznem zatruciu tarczycowem.

Według oznaczeń i obliczeń Magnusa Levyego[52]) i in. wynosić może żywość utleniania, określona na podstawie ilości zużytego tlenu i wydalonego bezwodnika kwasu węglowego, 50—70% ponad miarę prawidłową.

Oznaczeniem przemiany ciał białkowych u chorych na chorobę Basedowa zajmowało się bardzo wielu autorów. Pierwsze dane o niezwykle wielkiem zapotrzebowaniu i zużywaniu białka pochodzą od Lustiga[53]) z r. 1890. Pó-

52) Magnus Levy. Stoffwechsel bei Erkrankungen einiger Drüsen ohne Ausführungsgänge. v. Noordens Handb. d. Path. d. Stoffw. T. II. S. 325.

53) G. Lustig. Stoffwechsel bei der Basedowschen Krankheit Inaug. Diss. Würzburg 1890.

źniejsze badania potwierdziły te wyniki. Aby się oprzeć na liczbach, przytoczymy dla przykładu spostrzeżenia Matthesa [54]) z r. 1897. W jednem z nich tracił chory dziennie po 3 gr. azotu, mimo, że wartość odżywcza pokarmów wynosiła po 40 kaloryi na 1 kilogram wagi ciała, a ilość azotu w pokarmach 13 gm. W innych spostrzeżeniach potrzeba było do utrzymania równowagi azotowej po 15·7, 19·1 i 22 gm. azotu przy 39—50 kaloryach na 1 kilogram ciężaru ciała. Są to liczby, wykraczające daleko poza miarę, którą uważamy za prawidłową.

Ale nawet mimo niezwykle zbytkownego dostarczania materyałów odżywczych zdarza się często, że pokryć nimi nie można nadmiernego zapotrzebowania i powstrzymać chudnięcia. Do takich spostrzeżeń należy n. p. przypadek M. Levyego [55]), w którym chora mimo 62 kaloryi traciła jeszcze stale na wadze.

Rozbiory te, niewątpliwie już same przez się ważne, zwłaszcza w oświetleniu teoryi tarczycowej Möbiusa, nabierają jeszcze większego znaczenia po zestawieniu ich wyników z wynikami badań przemiany materyi u ludzi i u zwierząt, karmionych przetworami tarczycy.

Wpływ tych przetworów we wspomnianym zakresie zaznacza się najwyraźniej w przypadkach, gdzie czynność tarczycy jest niedostateczna, lub, gdzie wygasła zupełnie, a więc, o ile chodzi o patologię ludzką, w obrzęku śluzowatym, w matołectwie, w niektórych przypadkach wola, u zwierząt zaś, służących do doświadczeń, w cherze, rozwijającej po wycięciu tarczycy bez uszkodzenia gruczołów przytarczycznych.

U ludzi, cierpiących na wymienione choroby, wynosi żywość utleniania około 50% tego, co uważamy za utlenianie prawidłowe. Podczas podawania przetworów tarczycy zwiększa się utlenianie coraz bardziej; spalanie białka zwiększa się również widocznie, i nierzadko, zamiast dawniejszego zatrzymywania azotu, powstaje wydzielanie, przewyższające dowóz i bilans ujemny. Przyrost bywa niekiedy bardzo nawet znaczny. W przypadku Mendla [56]) podniosła się u chorej z obrzękiem śluzowatym pod wpływem leczenia ilość mocznika z 10·3 gm na 36 gm. Zumbusch [57]) spostrzegał jeszcze znaczniejsze różnice. Chora jego wydzielała przed leczeniem 16 gm. mocznika, pod koniec leczenia 58·6 gm na dobę.

Mniej znaczne, ale zawsze jeszcze wyraźne różnice występują u ludzi ze zdrowym gruczołem tarczowym, którym z innych powodów, najczęściej w celu leczenia otyłości, podawano przetwory tarczycy. O wiele słabiej zaznacza się wpływ tych przetworów na przemianę białka u ludzi zupełnie zdrowych.

Wszystkie te badania, które się ciągną ogromnie długim szeregiem, dostarczają dowodu, że tarczyca, a więc i jej przypuszczalna wydzielina, działa podniecająco na sprawę utleniania i wywołuje także większy rozpad białka. O tem samem świadczą doświadczenia, wykonywane na zwierzętach. Obok całego szeregu dawniejszych, zupełnie dokładnych badań, zebranych nader starannie przez Georgiewskyego i uzupełnionych własnemi doświadczeniami, zasługują w tym kierunku na uwagę najnowsze badania Eppingera, Falty i Rudingera [58]), zajmujące się poznaniem przemiany białka u zwierząt głodzonych.

Zwierzęta (psy), używane do tych doświadczeń, wydzielały w czasie głodzenia po 0·2—0·48 gm azotu w przeciągu 24 godzin na 1 kilogram wagi ciała. Po usunięciu tarczycy opadała ta ilość i wahała się między 0·13—0·25, podnosiła się zaś bardzo wyraźnie po podaniu tarczycy. I tak n. p. pies, który poprzednio wydzielał 2, 2·4, 3·07, 2·84 gm azotu, tracił ilości dwa razy wyższe pod wpływem podawania kołaczyków z tarczycy. Zwiększone spalanie białka po karmieniu tarczycą zjawiało się u zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczowego, nawet wtedy, gdy ilość pokarmu była zupełnie dostateczną. Przy 70 kaloryach na kilogram wagi i przy 9 gm. azotu na dobę, strata dzienna wynosiła około 2·5 gm. azotu.

Doraźne spotęgowanie spalania białka pod wpływem tarczycy przypomina podobne działanie nadnerczyny na przemianę ciał azotowych, badane przez tych samych autorów i uprawnia poniekąd do wniosku, że wchodzą tu w grę te same wpływy: podniecenie układu współczulnego. I za tem przypuszczeniem oświadczają się Falta i jego współpracownicy, opierając się na wyniku złożonych doświadczeń, w których u zwierząt, pozbawionych tarczycy, występowało przy głodzeniu po wstrzykiwaniach nadnerczyny tylko wtedy zwiększone wydzielanie, jeśli zwierzęta otrzymywały równocześnie przetwór tarczycowy. Oznacza to, że nadnerczyna sama przez się nie działa w tym kierunku na tok przemiany materyi, że jednak wpływa na nią pośrednio, wzniecając zwiększoną wytwórczość tarczycy. A dalszy wniosek, że wydzielanie tego gruczołu stoi pod biodynamiczną władzą układu współczulnego, — żywe przypomnienie zapatrywań Ehrmanna o neurochemizmie narządów z wydzielaniem wewnętrznem.

W oświetleniu tem nabierają tem większego znaczenia badania, odnoszące się do wpływu tarczycy na przemianę węglowodanów.

Zwrócili nań uwagę dość już dawno Kraus i Ludwig [59]) oraz Chvostek [60]), podając, pierwsi w r. 1891, drugi w rok później, że w niektórych przypadkach choroby Basedowa wywołać można łatwo cukromocz pokarmowy. W latach następnych zajmowano się wiele tą sprawą i potwierdzono wielokrotnie wspomniane spostrzeżenia, uzupełniając je wiadomościami o przemijającym cukromoczu samoistnym i o powikłaniach stałych choroby Basedowa z cukrzycą.

Że przy takich powikłaniach nie chodzi o czysto tylko przypadkowy zbieg dwóch chorób, o tem zdają się świadczyć przypadki, w których, wychodząc z błędnego założenia o pochodzeniu choroby Basedowa, podawano w celach leczniczych przetwory tarczycy i wywoływano niepożądany cukromocz, a nawet trwałą cukrzycę.

O jednym z nich wspominał Fr. v. Müller [61]) na Zjeździe internistów w r. 1906. Przykładów takich znalešćby można niewątpliwie więcej w piśmiennictwie lekarskiem, a liczba spostrzeżeń, nie ogłoszonych zupełnie, nie byłaby zapewne bardzo szczupłą.

Za związkiem między czynnością tarczycy a przemianą węglowodanów przemawiają pośrednio także badania Herza [62]), które wykazały, że chorzy na obrzęk śluzowaty odznaczają się niezwykłą zdolnością przyswajania i zatrzymywania cukru. Cukromocz pokarmowy nie powstaje u nich nawet po nadmiernie wielkiej ilości spożytego cukru. A więc dwie choroby, których pochodzenie różni się krańcowo, w jednej nadmiar, w drugiej brak wydzieliny tarczycy, dają sposobność do stwierdzenia zasadniczo różnego zachowywania się ustroju pod względem przemiany węglowodanów.

Jeśli już ze stanowiska klinicznego za takim związkiem oświadczać się wolno, to tembardziej uprawniają do tego wyniki doświadczeń na zwierzętach. Jeszcze w samych początkach badań organoterapeutycznych podnoszono, że zwierzęta, karmione przez czas dłuższy tarczycą, wydzielają bardzo często cukier, okazując przytem nadmierną żar-

[54]) Matthes. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Med. 1897. S. 232.
[55]) M. Levy. l. c.
[56]) Mendel. Deutsch. med. Wochenschrift 1893. Nr 25.
[57]) Zumbusch. Dermatolog. Zeitschrift 1895. T. II. S. 444.
[58]) Eppinger, Falta, Rudinger. Zeitschrift f. klin. Mediz. T. 66. S. 1.

[59]) Kraus i Ludwig. Wiener klin. Wochenschrift 1891. S. 898.
[60]) Chvostek. Wiener klin. Wochenschrift 1892. Nr 17.
[61]) Müller. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1906. S. 101.
[62]) Herz. Verhandl. d. Gesellsch. f. inn. Medizin in Wien, 4 Juni 1908, cyt. według W. Falty. Zeitschrft f. klin. Med. I, 71. S. 1.

łoczność i pragnienie. Następne badania uzupełniły te spostrzeżenia nowymi szczegółami i przyczyniły się do dokładniejszego rozjaśnienia całej sprawy. Z pośród wielu prac, których wymieniać tu niepodobna, zasługuje na pilniejszą uwagę wspomniana już wyżej doświadczalna praca Eppingera, Falty i Rudingera [63]). Wynika z niej, że zwierzęta, pozbawione tarczycy, odznaczają się tak samo, jak chorzy Herza, wielką zdolnością przyswajania cukru, a przytem wielką odpornością na cukrorodne działanie nadnerczyny. Nawet bardzo znaczne dawki tego ciała nie wywołują cukromoczu. Obraz zmienia się natychmiast, gdy zwierzęta dostają w pokarmie tarczycę lub jej czynne przetwory. Po takiem przygotowaniu poniekąd działa adrenalina taksamo, jak u zwierząt prawidłowych.

Przy wykonywaniu tych doświadczeń baczyć wszakże trzeba, aby wraz z tarczycą nie usunąć także gruczołów przytarczycznych. O ile się to stanie, powstają zupełnie różne od poprzednich warunki, różne są także wyniki doświadczeń. Zdolność przyswajania cukru zmniejsza się bardzo znacznie, po wstrzykiwaniach nadnerczyny występuje cukromocz tak samo łatwo, jak u zwierząt z zachowaną tarczycą.

Nieznajomość tych szczegółów sprawiła, że Rachela Hirsch [64]) nie zachowywała wskazanych przez wiedeńskich autorów ostrożności i zupełnie odmienne otrzymawszy wyniki, odmiennie także pojmowała znaczenie tarczycy dla ekonomii cukru i stosunku jej do układu chromochłonnego.

Opierając się na wynikach własnych badań, wysnuwają Falta, Eppinger i Rudinger dalsze wnioski o fizyologicznej roli tak tarczycy, jak nadnerczy i gruczołów przytarczycznych. Przedewszystkiem twierdzą, że w zakresie wpływów wydzieliny gruczołu tarczowego i jego drobnych przydatków na przemianę węglowodanów panuje biodynamiczne przeciwieństwo. Pierwsza z nich działa podniecająco i bezpośrednio, i bardziej jeszcze pośrednio przez układ chromochłonny na uruchomianie cukru, druga działanie to hamuje. Poza tem podnoszą, że tężyczka nie występuje z taką siłą po wycięciu gruczołów przytarczycznych wraz z gruczołem tarczowym, z jaką się zjawia po usunięciu tylko pierwszych. Za przeciwieństwem fizyologicznem obu narządów przemawiają także i kliniczne spostrzeżenia Falty i Rudingera [65]), Falty i Kohna [66]), poczynione w przypadkach tężyczki u ludzi. Wynika z nich, że chorzy tacy są bardzo wrażliwi na działanie nadnerczyny, okazują po wstrzyknięciu bardzo małych dawek znaczny wzrost parcia krwi, wzmożenie ruchów serca, niekiedy z towarzyszeniem skurczów dodatkowych. Tok przemiany materyi okazuje u nich cechy, właściwe podrażnieniu współczulnego układu nerwowego. Na same napady nie działa nadnerczyna w okresie utajonym choroby. W okresie ostrym wywołuje nierzadko powtarzające się napady typowych skurczów.

O ile wszystkie zjawiska, występujące w zakresie przemiany materyi po przeładowaniu ustroju ludzkiego lub zwierzęcego wydzieliną tarczycy, noszą na sobie znamiona podrażnienia współczulnego, o tyle w innych zakresach obraz zjawisk nie jest tak jednolity. Tłomaczenie ich napotyka skutkiem tego na znaczne nieraz trudności.

Jeśli się znów zwrócimy do symptomatologii choroby Basedowa i poruszymy jej objawy sercowe i oczne, to z pośród pierwszych jedynie tylko znaczne przyspieszenie ruchów serca uważać można za niewątpliwe następstwo podniecania sercowych gałązek nerwu współczulnego. Haskovec oświadcza się za podrażnieniem ośrodkowem n. n. przyspieszających (n. n. accelerantes).

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

[63]) Eppinger, Falta, Rudinger. Zeitschrft f. klin. Medizin. T. 67. S. 380.

[64]) Rachel Hirsch. cyt. według Eppingera, Falty i Rudingera.

[65]) Falta i Rudinger. Verhandlungen des Kongr. f. inn. Medizin. 1910 Nr 905.

[66]) Falta i Kohn. Zeitschft. f. klin. Medizin T. Nr 74 108.

Piśmiennictwo bieżące.

Sprostowanie. W Nrze 9. str. 138. szpalta lewa, wiersz 22 od dołu, w streszczeniu pracy Weissa: »O leczeniu gruźlicy przetworami tuberkulinowymi« zamiast »$^2/_{100}$, $^3/_{500}$«, ma być »$^2/_{500}$, $^3/_{500}$«.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Schlayer: **Źródła trwałego wysokiego ciśnienia krwi.** (Münch. med. Woch. Nr 2 z r. 1913). Przemijające wysokie ciśnienie spotykamy w rozmaitych stanach chorobowych i dlatego niema ten objaw wartości rozpoznawczej. Inaczej się jednak rzecz ma, gdy ciśnienie krwi jest stale wysokie i mimo wahania utrzymuje się na wysokości, przekraczającej granicę wahania fizyologicznego (130—150 mm Hg.) Ponieważ wysokie ciśnienie stwierdzano przeważnie u chorych, okazujących ogólne objawy miażdżycowe, wyrobiło się więc przekonanie, że wysokie ciśnienie pozostaje w ścisłym związku z miażdżycą tętnic. Jedynie co do tego, czy wysokie ciśnienie jest następstwem miażdżycy, czy też jej przyczyną, nie było zgody. Dopiero ostatnie badania Hirscha, Hasenfelda i Sawadosa położyły kres tym błędnym zapatrywaniom, bardzo jeszcze i dziś rozpowszechnionym. Okazało się bowiem, że miażdżyca tętnic, a nawet rozległa miażdżyca aorty, występująca bez powikłań, zupełnie nie wpływa na ciśnienie krwi. S. wykazuje na bardzo rozległym materyale klinicznym i autopsyjnym, jakoteż na bogatej współczesnej literaturze (prace Fischera, a zwłaszcza Baumgartena), że trwałe wysokie ciśnienie dowodzi prawie zawsze uszkodzenia nerek, a zwłaszcza naczyń nerkowych. Nawet w tych przypadkach, gdzie klinicznie zmian w nerkach nie stwierdzono, badanie histologiczne prawie zawsze stwierdzało pewne zmiany. Przy tej sposobności porusza S. dawne i obecne teorye, tłomaczące wysokie ciśnienie i przerost serca przy schorzeniach nerkowych, a dłuższy ustęp poświęca teoryi zatrucia adrenalinowego, względnie pewnej nadczułości układu współczulnego nawet przy prawidłowej zawartości adrenaliny. Dla celów praktycznych radzi S. przyjąć metodę Rosenberga, która nakazuje przy trwałem ciśnieniu ponad 160 mm Hg przypuszczać zawsze schorzenie nerek. Glassner.

Tedesko. **Uwagi o podawaniu benzolu w chorobach krwi** (Wien. med. Woch. Nr 2, 1913). Autor stawia benzol w leczeniu białaczki wyżej od arsenu, silniej bowiem działa on na tworzenie się erytrocytów oraz na jakościową zmianę ciałek białych. Na dowód przytacza Tedesko przypadek białaczki, w którym stan krwi przed leczeniem benzolem był następujący: erytrocytów 975.000, hemoglobiny 31%, ciałek białych 120.000, z tego 95% jednojądrzastych, 12% dużych limfocytów, a po 10-tygodniowem podawaniu benzolu w kapsułkach z oliwą 1—2 gr. dziennie: erytrocytów 3,700 000, hemoglobiny 69%, ciałek białych 11.000, zmniejszyła się też ilość jednojądrzastych. Hs.

Abderhalden. **Rozwiązanie zagadnienia stwarzania sztucznych pokarmów.** (Wien. med. Woch. Nr 3, 1913). Dotychczasowe doświadczenia w tym kierunku wykazały, że nasze środki żywności mogą być zupełnie zastąpione przez inne, znacznie mniej złożone, a będące ich produktami rozpadu. A więc białko można zastąpić aminokwasami, a nawet okazało się, że np. glikokol, produkt rozpadu białka, wcale dla utrzymania i wzrostu ustroju nie jest konieczny. Podobnież zamiast złożonych węglowodanów podawać można cukier trzcinowy, zamiast tłuszczu — glicerynę i kwasy tłuszczowe, zamiast kwasu nukleinowego, nukleozyty. Dzięki zaś pracom Fischera udało się produkta te sztucznie syntetycznie wytworzyć. Hs.

Pick. **Leczenie braku łaknienia ze szczególnem uwzględnieniem jego form nerwowych** (Wien. med. Woch. Nr 2 1913). Leczenie przyczynowe zaburzeń apetytu musi uwzględniać stan psychiczny chorego, ewentualnie zmiany w przewodzie pokarmowym i zaburzenia przemiany materyi. Podawanie środków pobudzających apetyt niezawsze wiedzie do celu, często środki te są nawet przeciwwskazane, np. ostre korzenie lub alkohol. W stanach nerwowych wystarcza nieraz zmiana otoczenia i miejsca pobytu, gimnastyka i zajęcia fizyczne dla odwrócenia uwagi chorego od jego stanu zdrowia. O ile zaś ustrój jest już wyniszczony, należy polecać właśnie spokój i wygody — a czasem wskazane tu też jest podawanie arsenu i żelaza. W cyklotymii (obłęd naprzemienny), gdzie zaburzenia przewodu pokarmowego przewyższają nieraz inne objawy, należy podawać brom, makowiec, oraz środki gorzkie. Hs.

Scharf. **O »dyecie karlsbadzkiej«** (Kuracisto 1913 Nr 4). Zapatrywania, że przy piciu wód karlsbadzkich potrzebne jest zachowanie pewnej dyety, stąd pochodzą, że choroby żołądka, jelit i przemiany materyi, leczone w Karlsbadzie, wymagają przepisów dyetetycznych. Zakaz surowych owoców opiera się na tem, że zawierają one kwasy roślinne, a zatem przeciwieństwo do alkaliów, zawartych w wodzie mineralnej. Tymczasem wiadomą jest rzeczą, że kwasy roślinne spalają się w ustroju na węglany, a potęgując zasadowość krwi, działają nie w przeciwnym, lecz w tymsamym kierunku, co wody alkaliczne. Dla uniknięcia zetknięcia się w żołądku kwasu owocowego z wodą mineralną wystarczy przeczekać godzinę od wypicia wody mineralnej, w którym to czasie woda ta na pewno z żołądka ustąpiła. Co więcej, niekiedy podawanie owoców wręcz jest potrzebne, gdyż woda karlsbadzka działa tylko w 30—40% przypadków przeczyszczająco, w reszcie przypadków jest obojętna lub wywołuje zaparcie. — Także i potrzeba ruchu przy piciu wody karlsbadzkiej jest bardzo względna. Żołądek, zwłaszcza przy niedowładzie, lepiej resorbuje płyny, gdy chory leży, aniżeli gdy stoi. Również przy pewnem podrażnieniu pęcherzyka żółciowego, przy cierpieniach nerek i chorobach jelit należy pić wodę siedząc lub leżąc. Natomiast u osób, prowadzących w domu nieczynny tryb życia, często zachodzi potrzeba ruchu. W tym kierunku należy każdy przypadek z osobna rozpatrzyć. — Odciąganie chorym masła jest, według S., rzeczą zupełnie nieodpowiednią ze względu na jego łatwą wessalność i znaczną wartość spożywczą. Błędne jest również mniemanie o osłabiającem działaniu leczenia karlsbadzkiego. Często chorzy w przeciągu 3—4 tygodni wykazują przybytek wagi ciała, dochodzący do 8—10 funtów. Wyraz »dyeta karlsbadzka«, jako błędny, należałoby wykreślić ze słownictwa leczniczego, gdyż nie karlsbadzkie wody, lecz choroba wymaga dyety, i to wynikającej ze ścisłego indywidualizowania w każdym przypadku.

Dr M. Blassberg.

Dziembowski. **Wrzód dwunastnicy w świetle medycyny wewnętrznej** (Now. lek. Nr 1. 1913). Za etyologię wrzodu dwunastnicy uważa autor działanie trawienne soku żołądkowego na części błony śluzowej o niedostatecznem krążeniu krwi alkalizującej tkankę, np. przy skurczu odźwiernika. Objawy wrzodu dwunastnicy są następujące: 1) Ból bardzo gwałtowny w 4—5 godzin po głównem jedzeniu, nieraz połączony z uczuciem głodu, 2) szybkie wyniszczenie, 3) rozszerzenie żołądka, występujące prawie równolegle z bólami i wraz z nimi ustępujące, 4) krew w stolcu jawna, czy też utajona, 5) napadowe nawroty, wreszcie zwężenie w rentgenogramie. Dobre wyniki daje leczenie sposobem Leubego i Lenhartza z dyetą mleczną, oraz podawanie eskaliny, która działa tu, zdaniem Dziembowskiego, swoiście; w razie ciągłych nawrotów wskazane jest leczenie operacyjne, gastroenterostomia z wyłączeniem odźwiernika. Hs.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Glinkę armeńską jałową zaleca Burmeister celem ułatwienia użycia rękawiczek gumowych, które szybko i gładko wchodzą na ręce, posmarowane pastą z glinki, rozrobionej w (jałowej) wodzie. (Zntrbl. f. Chir. 1913, 5). Mk.

Perhydrit jestto związek dwutlenku wodoru z karbamidem o wzorze $CO(NH_2)_2 + H_2O_2$, wytworzony i wprowadzony w obieg przez fabrykę Mercka w Darmstadzie. Przetwór ten jest krystalicznym białym proszkiem, rozpuszczalnym łatwo w wodzie w stosunku 1:2·5; pod działaniem alkoholu lub eteru rozkłada się częściowo na karbamid i dwutlenek wodoru. W mieszaninach ze składnikami organicznymi niema własności wybuchowych (w przeciwieństwie do innych związków H_2O_2). Przetwór ten służy do wygodnego sporządzenia rozczynów H_2O_2, mianowicie wtedy, gdy trudno mieć ze sobą płynny perhydrol (w praktyce wyjazdowej); dalej nadaje się jako zasypka, wydzielająca zwolna H_2O_2. W handlu znajduje się w proszku i w kołaczykach jednogramowych. Chcąc otrzymać 1% rozczyn H_2O_2, rozpuszcza się 1 gr. perhydritu w 33·3 cm³ wody (lub 3 gr. w 100 cm³ wody); 2% rozczyn uzyskuje się przez rozpuszczenie 6 grm. perhydritu w 100 grm. wody i t. d. Dla przyspieszenia rozpuszczenia można wodę ogrzać przedtem do 35—40° C. Mk.

Protargol zaleca Sitzler do leczenia ran jako zasypkę, celem pobudzania ziarniny, usuwania zakażenia prątkiem ropy błękitnej, zmniejszania wydzieliny i t. d. Proszek ten sprawia trochę pieczenia w ranie. (Berl. klin. Woch. 1912. Nr 40). A.

Noviform, przetwór złożony z bromu, bizmutu i brenckatechiny zaleca Elżbieta Cammert jako zasypkę, do maści, zawiesiny w oliwie, gazy i t. p. w miejsce kseroformu. (Med. Klinik, 1912, Nr 47). A.

Przy zachowawczem leczeniu wąglika zaleca Veit z kliniki Bramanna w Hall, następujący sposób postępowania. Miejscowo opatrunek z szaruchy, kończynę wiesza się lub daną część ciała utrzymuje w spokoju (leżenie w łóżku), w razie potrzeby leki skrzepiające serce, wewnętrznie obficie alkohol. (Münch. mediz. Woch. 1912, Nr 51). A.

Z pola obecnej wojny mamy już ciekawe spostrzeżenia, podane przez grono lekarzy różnej narodowości, które niedawno zebrało się na posiedzenie naukowe w Belgradzie. Jedlička z Pragi zdał tam sprawę z 760 spostrzeganych przypadków. Spostrzegał on np. postrzały, które przeszły czaszkę zupełnie na wylot, a nie wywołały żadnych zaburzeń. Obecnie na szeroką skalę stosuje się szew naczyń krwionośnych i ratuje przez to kończyny. Kule przechodzą nieraz przez klatkę piersiową na wylot, wywołując co najwyżej przemijającą odmę. Przy złamaniach kości stosuje się gips, lub, o ile czas i miejsce pozwala, wyciągi. Również zajmowano się na posiedzeniu sprawą cholery. Szczepienia ochronne podług Haffkina okazały się bardzo skuteczne. X.

Znaczne stopnie wargi zajęczej z wilczą paszczą radzi Neumann operować z pomocą klamer. Dokładnej operacyi wargi zajęczej przy rozszczepieniu podniebienia przeszkadza często zbyt wielkie napięcie, powstające przez niestosunek między częściami miękkiemi, a kością. Bardzo dobrze zapobiega się temu, jeżeli przedtem zesunie się kości ku sobie i w tem położeniu zatrzyma, a łatwo to uczynić zapomocą odpowiednio dobranych klamer, których rycinę Neumann podaje. Zakłada się najpierw klamrę większą zapomocą imadła i ściska nieco, przez co połowy szczęk zbliżają się do siebie. Klamrę zapomocą śruby utrzy-

muje się w odpowiedniem położeniu. Jeżeli napięcie jest jeszcze duże, to po 10 minutach wkłada się klamrę mniejszą i przystępuje do plastyki wargi. Gdy szwy już dobrze po kilku dniach trzymają, można klamrę wyjąć. Prosty ten sposób daje wynik bardzo dobry i nie wpływa ujemnie na rozrastanie się szczęki, co przy innych sposobach nieraz się zdarza. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr 52). K.

Przy nieczystych laparotomiach stosuje Herff olej kamforowy i perhydrol dla zapobieżenia zapaleniu otrzewnej, zwłaszcza po wycięciu macicy rakowatej. Po wycięciu macicy i osączkowaniu rany od pochwy wlewa H. do miednicy małej 20—30 cm³ rozczynu perhydrolu 1:2; po paru minutach usuwa powstałą pianę aż do brzegów rany, szyje otrzewnę, potem znowu wlewa 10 cm³ rozczynu perhydrolu, którym polewa także linię szwów w powięzi i mięśniach. (Gynaek. Rundschau 1913, 1). Mk.

Pojemność pęcherza wśród ciąży omawia Steuernagel. Pęcherz zdrowy oddziaływa parciem już przy napełnieniu 250—350 cm płynu, ale udaje się zwykle wprowadzić do 550 cm. W początkach ciąży aż do VI. miesiąca stan ten zwykle jest niezmieniony, poczem zwiększa się pojemność pęcherza aż do 800 cm³. Po porodzie uczucie parcia występuje dopiero przy 800—1000 cm³ płynu, a pojemność zwiększa się do 2500 cm³. Od 10. dnia połogu zaczynają znowu zwolna wracać stosunki prawidłowe. (Zeitschrift f. gyn. Urol. T. 3. VI). A.

Przy krwotokach płucnych, macicznych, żołądkowych, kiszkowych i pęcherzowych zaleca Krawkow »extract. fluid polygoni hydropiperis« (pieprz wodny) w ilości 30—40 kropli trzy razy dnia. (Russkij Wracz. 1912, Nr 7). A.

Styptol stosował Foy z Dublinu w rozmaitych krwotokach macicznych i doszedł do wniosku, że skuteczne są przedewszystkiem dawki bardzo duże (aż do 0·6 grm.; gdy zwykle przepisują tylko 0·1 do 0·15). W jednym przypadku podawał F. nawet po 0·6 co dwie godziny bez jakichkolwiek szkodliwych następstw, a z dobrym wynikiem. Kn.

Ovaradentriferrin, przetwór jajnikowy, zastosował Fr. Cohn obok wywoływania przekrwienia macicy (przez nasiekiwanie i zastosowanie ssawek na części pochwowej) u 28-letniej chorej, u której od lat kilku znikło miesiączkowanie (amenorrhoe), a równocześnie rozwijać się poczęła otyłość i mlekotok. Leczenie to wywołało wystąpienie miesiączki i ustanie mlekotoku, jednak tylko na czas miesiączki, poczem mlekotok powrócił. (Deutsche med. Woch. 1912. Nr 47). Lek ten zaleca Sonnenfeld w błednicy, w niedokrwistości u kobiet, w nieprawidłowem miesiączkowaniu w zaburzeniach okresu przekwitania, w zaburzeniach po wycięciu jajników. (Deutsche med. Wochenschr. Nr 50). Pomyślne działanie tego leku w podobnych przypadkach opisuje B. Wilamowski. (Prakt. Wracz. 1912, Nr 47). Kn.

Perhydrol, naprzemian z antyforminą wpuszczany do otworu w spróchniałym zębie, wywierconego na plombę, działa nietylko odkażająco, ale również bieląco, tak, że ząb odzyskuje naturalną barwę. Błonę śluzową ust należy przy tem postępowaniu starannie osłaniać. (Deutsch. zahnärztl. Wochenschr. 1912, 51). Mk.

Podskórne wstrzykiwania fibrolizyny w przewlekłym nieżycie ucha środkowego stosował, obok leczenia mechanicznego według Pollitzera, ze skutkiem Ephraim. Słyszenie szeptu poprawiało się, bóle ucha zmniejszały się, zawroty głowy znikały; na szum w uszach wpływu nie było. Dawki poniżej 2·3 cm³ nie wywoływały znaczniejszych dolegliwości ubocznych. Mk.

Przy nieznośnym neurastenicznym szumie w uszach zaleca Wittmaack swoim chorym przyzwyczajanie się do spania wśród zewnętrznego szumu, np. rzeki, potoku, przy tykaniu budzika i t. p. Często osiąga się przez to szybki skutek. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr 39). A.

Odczyn Wassermanna w modyfikacyi Dungerna wypróbował Crippa (Wiener med. Woch. 1912, Nr 43) u przeszło 50 chorych i stwierdził, że modyfikacya ta dawała wyniki zgodne z wynikami oryginalnego odczynu Wassermanna. Technika taka, jaką podaje drukowany przepis fabryki Mercka, jest wystarczająca; lekarz powinien jednak własnoręcznie wykonywać całe badanie. Wynik otrzymuje się po 3 godzinach. Mk.

Malum perforans pedis wyleczył rychło w jednym przypadku u 62-letniej kobiety Müller, stosując przemywania perhydrolem, zasypywanie cynk-perhydrolem i opatrunek z maści. Mk.

Wśródmięśniowe wstrzykiwania jodypiny zastosował Gudzent (Charité-Annalen, T. 35) z doskonałym skutkiem w bólach kiłowych mięśni. Mk.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Z licznych prac, przedstawionych na dwu ostatnich posiedzeniach Wydziału, w styczniu i lutym, wspomnieć należy o pracy p. Laury Kaufmanówne j: **Zjawiska degeneracyi podczas rozwoju śródmacicznego salamandry plamistej** i p. R. Weigla: **O homeoplastycznej i heteroplastycznej transplantacyi skóry u płazów ze szczególnem uwzględnieniem metamorfozy.**

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Doroczne Walne Zgromadzenie Delegatów w dniu 2. marca 1913 w Krakowie.

(Sprawozdanie własne »Przeglądu lekarskiego«).

1) Prezes Towarzystwa, prof. Machek, zagajając zebranie stwierdził, że Zgromadzenie jest prawomocne, ponieważ oprócz Towarzystwa lek. lwowskiego i krakowskiego reprezentowanych jest 11 oddziałów. Przewodniczącym Zgromadzenia wybrano Dr Pelczara z Drohobycza, jego zastępcą Dr Śląka z Przemyśla. Otwierając obrady, poświęcił dr. Pelczar wspomnienie zmarłym członkom Towarzystwa, zwłaszcza wielce zasłużonym: wieloletniemu prezesowi ś. p. Drowi Merunowiczowi, wiceprezesom ś. p. Dr W. Opolskiemu i Dr Obtułowiczowi i in. Pamięć ich uczcili zgromadzeni powstając z miejsc.

2) Protokół z ostatniego Walnego Zgromadzenia przyjęto jednomyślnie.

3) Sprawozdanie Rady zawiadowczej za r. 1912 (wydrukowane w »Tygodniku lekarskim«) objaśnił w dłuższym wywodzie prezes Tow., prof. Machek. Do Towarzystwa należało 789 członków, z tych ze Lwowa 293, z Krakowa 210, z prowincyi 282, z poza Galicyi 4. Zaległości wkładek wynoszą 15%. Należy podjąć energiczną akcyę dla przysporzenia Towarzystwu członków. Dary, ofiarowane do funduszów wdowich i na wsparcia, wyniosły w roku 1911 i 1912 — 30.697·10 kor., w tem na fundusz im ś. p. prof. Czyżewicza złożyły dzieci jego 25.000 kor. Na pensye i zapomogi dla wdów i sierot wydano w r. 1911 — 14.435 kor., w r 1912 — 15.550 k. (w r. 1909 11.800 kor., działalność Towarzystwa wzrasta tu więc szybko). Fundusze na pensye i zapomogi doszły 334 700 kor., nie wliczając w to funduszu im. Dra Czyżewicza, oraz 151.582 kor., z których odsetki pobierają na razie dożywotniczki; z doliczeniem tego wynosi cały fundusz 539.487 kor. 16 hal. Ruch naukowy ogniskował się we Lwowie i w Krakowie poza tem żywą działalność rozwijał Oddział jarosławski a dalej odbywały się posiedzenia oddziałów w Czortkowie

Przemyślu, Stanisławowie i Stryju; natomiast w innych oddziałach był zastój. Konieczne jest wzbudzenie i ożywienie czynności oddziałów, np. zapomocą wyjazdów na prowincyę prelegentów ze Lwowa i z Krakowa. Nowa organizacya obu organów Towarzystwa, »Przeglądu« i »Tygodnika«, okazała się dobrą. Wreszcie i w stosunkach Morszyna zdołała Rada zawiadowcza uzyskać zmiany o tyle korzystne, że dzięki energicznej gospodarce komisyi morszyńskiej (prof. Machek, prof. Rencki i Dr Sołtysik) niedobór znikł, a nawet pozostał w r. 1912 mały dochód czysty: 1927 kor. 27 h. Wobec jednakże trudnej administracyi i nierentowności Morszyna (oszacowanego na 268.044 kor., a obciążonego długiem 112.892 kor.) należy nie spuszczać z oka projektu jego sprzedaży.

Nad sprawozdaniem tem wywiązała się ożywiona dyskusya, w której uczestniczyli: prof. Machek, Cybulski, Gluziński, Rencki, Ciechanowski, Kostanecki, Browicz, Raczyński, prym. Pisek, Dr Akerman i Zabłocki, a w której wyłoniło się kilka wniosków, jakoto w sprawie sposobu pokrywania kosztów administracyi funduszami, w sprawie urządzania Walnych Zgromadzeń także w większych miastach prowincyonalnych, w sprawie przyspieszenia układów z Krajowym Związkiem lekarzy o współdziałanie obu Towarzystw. Wnioski te przekazano do rozpatrzenia komisyi statutowej (obacz niżej pod 6a).

4) Prof. Ciechanowski przedłożył imieniem komisyi rewizyjnej wniosek o udzielenie absolutoryum Radzie zawiadowczej. Wniosek ten, jak również wniosek prof. Cybulskiego o przyjęcie sprawozdania i wyrażenie Radzie zawiadowczej uznania i podziękowania, uchwalono jednomyślnie.

5) Na wniosek Rady zawiadowczej uchwalono przyznać stałe pensye po 400 kor. 6 wdowom resp. sierotom po lekarzach, a 2 wdowom już dawniej przyznane pensye podnieść do tejże wysokości.

6a) Uchwalając wniosek Rady zawiadowczej o przygotowanie zmiany ustawy, wybrano w tym celu komisyę statutową, do której weszli, oprócz prezesa Towarzystwa, prof. Gluziński i Rencki ze Lwowa, prof. Browicz i Ciechanowski z Krakowa i Dr Pelczar z Drohobycza.

b) Na wniosek Rady zawiadowczej, uzasadniony przez prof. Renckiego, a po bardzo żywej dyskusyi, w której uczestniczyli prof. Gluziński, Kostanecki, Ciechanowski, Machek, Wicherkiewicz, Dr Zabłocki, prym. Pisek i Dr Schellenberg, uchwalono, że pensye stałe mogą być przyznawane tylko wdowom i sierotom po członkach Towarzystwa, zapomogi zaś jednorazowe wolno Radzie zawiadowczej w razach wyjątkowych przyznawać także wdowom i sierotom po lekarzach, którzy do Towarzystwa nie należeli, jednakże z tem ograniczeniem, że ogólna suma takich zapomóg może wynosić najwyżej 10% wszystkich zapomóg jednorazowych, w danym roku rozdzielonych.

7) Do punktu: »Wnioski nagłe delegatów« zgłosił Dr Janiszewski rezolucyę następującą: »Walne Zgromadzenie Towarzystwa lek. galicyjskich uznaje za jedno z najważniejszych zadań Oddziałów Towarzystwa organizowanie walki z gruźlicą przez tworzenie kół Towarzystwa przeciwgruźliczego i poleca Radzie zawiadowczej, aby wszystkie oddziały do akcyi tej zaprosiła«. Rezolucyę tę uchwalono.

8) Uchwalono, że delegata do komisyi rewizyjnej ma w r. b. wysłać Oddział jarosławski.

9) Dokonano wyboru 7 członków Rady zawiadowczej i członków prezydyum. Wybrani: prezesem prof. Machek, wiceprezesem prof. Rencki, (obaj wybrani do Rady przez Towarzystwo lek. lwowskie), sekretarzem Dr Zabłocki, skarbnikiem Dr Schellenberg; dalej prof. Gluziński. Dr Lachowicz i Dr Müller ze Lwowa, oraz Dr Sołtysik ze Stryja i Dr Fechter z Jarosławia. (Oprócz tego wchodzą do Rady wybrani przez Towarzystwo lek. krakowskie prof. Browicz i prof. Ciechanowski). C.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie z dnia 15. VI. 1912.

Obecnych 19 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1) Kol. Czajkowski: Chłopiec 9-letni ma na lewem ramieniu dwa guzy twarde, nieruchome, niebolesne, spostrzeżone dopiero przed miesiącem. Jak wykazuje rentgenogram, guzy wychodzą z kości. Prawdopodobnie **wyrośle kostne** (exostoses).

2) Prezes odczytał list Prof. Baranowskiego z podziękowaniem za życzenia jubileuszowe.

3) Otwierając dyskusyę nad odczytem: **Medycyna w przyszłości i stanowisko w niej lekarza**, kol. Czajkowski zwrócił jeszcze uwagę na odkrycia amerykanina Carrela, dotyczące »hodowli« tkanek i badania Skworcowa z przed 30 lat nad utrzymaniem przy życiu erytrocytów i leukocytów, badania, które stanowiły przedmiot drwin, a obecnie potwierdzają się w zupełności.

Kol. Weinzicher wyraża zdanie, że, mówiąc o medycynie przyszłości, należało cokolwiek powiedzieć i o rozwoju profilaktyki. Z bogatej skarbnicy badań i odkryć nowoczesnych nietylko lecznictwo będzie korzystać, ale korzysta już, i w przyszłości coraz więcej będzie korzystać profilaktyka. Nie mniej ważnem od wykrycia drogą biochemiczną odpowiednich leków przeciwko durowi, będzie naprzykład doprowadzenie profilaktyki do takiej doskonałości, aby uniemożliwić zachorowanie. Postępy ogromne na tej drodze widzimy już obecnie i niewspomnienie o tem ani jednem słowem w odczycie o medycynie przyszłości stanowi zdaniem kol. W. pewną lukę.

Kol. Dehnel znajduje, że pierwszej części odczytu, historycznej, nic zarzucić nie można; druga część, w której kol. Cz. chciał uprzytomnić wszystkie zdobycze wiedzy nowoczesnej, wyszła niekorzystnie. Prelegent nie wspomniał wcale, lub też tylko bardzo pobieżnie o zdobyczach bakteryologii, cytodyagnostyki, nauki o przemianie materyi. Natomiast rozwodził się szeroko nad zdobyczami badań chemicznych. Wogóle zwraca uwagę w drugiej części brak systematyczności i pewna chaotyczność.

Kol. Wołkowicz zauważa, że część odczytu, traktująca o stanowisku lekarza w przyszłości, nie powiązana jest z pierwszą częścią i nie wypływa z niej logicznie. Kol. Cz. nie wypowiedział wszystkich przesłanek do swego ostatecznego wniosku.

Kol. Weinzicher podnosi, że kol. Cz. zupełnie słusznie, mówiąc o medycynie przyszłości, zastanawiał się szczególniej nad temi badaniami, które, zdaniem jego, mają ważne znaczenie pod względem dalszego rozwoju medycyny.

Kol. Puterman, przyznając odczytowi kol. Czajkowskiego wielką wartość, zwraca uwagę na nieuwzględnienie przez prelegenta wielu ważnych zagadnień. O hormonach np. prelegent tylko mimochodem wspomniał, wymieniając zaledwie 2—3 gruczoły o swoiście działających substancyach. Tymczasem sprawa hormonów, mająca już za sobą dość bogatą literaturę, coraz większe wzbudza zainteresowanie. Przypuszczalnie hormony wyrabiane są nietylko przez gruczoły, lecz przez wszystkie niemal narządy, a nawet pojedyncze komórki wydzielają swoiste substancye, działające za pośrednictwem krwi i limfy na więcej oddalone narządy i w ten sposób istnieje pewna korelacya chemiczna narządów, biologiczne ich współzawodnictwo. Teoryą hormonów starają się objaśnić pewne skazy ustrojowe. Pewne zasługi wykrycia działania adrenaliny i innych hormonów w znacznej mierze przypadają naszym uczonym: Cybulskiemu, Szymonowiczowi, Hornowskiemu. Prelegent wogóle mało uwzględnił prace polskich autorów. Mówiąc o racyonalnej klasyfikacyi chorób na zasadzie danych etyologicznych, przypisywał główne zasługi pod tym względem Jochmannowi. Wiadomo zaś, że pierwszy Biegański w r. 1900 w dziele swem »O chorobach zakaźnych« wielki kładzie nacisk na etyologię. »Etyologia prędzej czy później wywal-

czyć sobie musi najważniejsze stanowisko w patologii«, mówi Biegański o wiele wcześniej, niż Jochmann. Prelegent nie uwzględnił zadania przyszłej medycyny w kierunku badań nad biochemicznemi zmianami komórek ustrojowych, działającemi chemotaktycznie na drobnoustroje, nad zmianami, istniejącemi dotychczas w nauce pod nic nieznaczącą nazwą »skłonność do chorób«. Ehrlich, jak wiadomo, przypuszcza w tych razach istnienie w protoplazmie komórek pewnych chwytników, przystosowanych do bodźców chorobowych. Nie uwzględnione zostały również zadania medycyny w kierunku określania stopnia odczynu danego ustroju na dany bodziec chorobowy, a raczej stopień walki ustroju z tym bodźcem Podnosząc znaczenie chemoterapii Ehrlicha, prelegent zwalcza jego teoryę bocznych ogniw. Wbrew zdaniu prelegenta, teorya bocznych ogniw pomimo pewnych braków utrzymała się dotychczas w nauce i wraz z fagocytarną teoryą Miecznikowa dostatecznie wyjaśnia wiele zawiłych spraw biochemicznych, jak sprawę asymilacyjną, odpornościową. Wszak i teorya Miecznikowa nie jest zupełnie wolna od luk i dla ich wypełnienia musiały powstać dodatkowe teorye: opsoniczna Wrigtha i aggresynowa Baila. Bez uznania teoryi bocznych ogniw Ehrlicha trudno wszak zrozumieć jego chemoterapię, która ma wiele punktów stycznych z terapią odpornościową, a ta znów głównie osnuta jest na teoryi bocznych ogniw. »Corpora non agunt, nisi fixata«, głosi Ehrlich, a raczej: dane substancye lecznicze o tyle wywierać mogą swój wpływ na dane komórki ustrojowe, o ile te komórki zaopatrzone są w ogniwka, to jest w chwytniki, odpowiednio dopasowane do chwytników substancyi leczniczych. Godząc się więc na teoryę ogniwkową względem substancyi chemoterapeutycznych, z konieczności przyjąć musimy teoryę tę i dla substancyi bakteryjnych. Szkoda, że prelegent pominął niezmiernie ważne badania Emila Fischera nad substancyami białkowemi, a głównie nad syntezami białkopodobnych polipeptydów, że nie uwzględnił nauki o neuropatologii, która dzięki pracom lat ostatnich tak ogromne zrobiła postępy, stwierdziwszy zmiany histologiczne w sprawach, które dotychczas uchodziły za zaburzenia czynnościowe. Co do stanowiska lekarza w medycynie przyszłości, to mając do rozporządzenia tyle i tak subtelnych metod badania, lekarz coraz więcej potrafi oryentować się w chaosie różnorodnych zawiłych zjawisk. Z drugiej zaś strony musimy z pewnym żalem stwierdzić, że w miarę rozwoju i posługiwania się metodami technicznemi, badania zapomocą zmysłów naszych coraz więcej tracą na swej subtelności, którą tak się odznaczali dawniejsi adepci sztuki lekarskiej. (Streszczenie własne).

Kol. Żołędziowski zwraca uwagę, że kol. Czajkowski nie mówił szczegółowo o wszystkich zdobyczach medycyny nowoczesnej, uważając, że podstawą medycyny przyszłości będzie biochemia; na tę też naukę kładł główny nacisk.

Kol. Królikowski, uznając za bardzo ważne szczegółowsze zapoznanie się kolegów z zagadnieniami, poruszonemi przez kol. Czajkowskiego, a niemożliwemi do objęcia w jednym odczycie, proponuje kilka oddzielnych odczytów, traktujących szczegółowo poszczególne tematy.

4) Kol. Dehnel przedstawia 12 letniego J. S., u którego pomimo braku dziedziczności niektóre objawy każą przypuszczać **chorobę Friedreicha**. W dyskusyi kol. Puterman zwraca uwagę na brak charakterystycznego dla sprawy tej ułożenia palucha, brak właściwego bezładu kończyn, drżenia gałek ocznych, zaburzeń mowy, brak zboczeń ze strony kręgosłupa, a głównie brak zachorowań analogicznych wśród dalszych i bliższych członków rodziny; wszystko to stanowczo wyłącza chorobę Friedreicha, tembardziej, że z tak ciężkiemi zaburzeniami ruchowemi o charakterze poraźnym nie spotykamy się wcale w tej sprawie, w dodatku u tak młodych osobników. Wybitne zmiany odżywienia ze strony układu mięśniowego przemawiałyby prędzej albo za jego samoistnem cierpieniem, albo też za cierpieniem obwodowego układu nerwowego. Sprawę rozstrzygnąć może ściślejsze zebranie danych anamnestycznych i klinicznych (badanie galwaniczne). (Streszczenie własne).

Posiedzenie z dn. 22. VI. 1912 r.

Obecnych 20 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1) Kol. Perelman pokazuje szczegółowo **urządzenia nowozbudowanego szpitala żydowskiego w Sosnowcu.**

2) Kol. Czajkowski przedstawia preparaty: 1) **Wole koloidowe**, operowane u 76-letniego starca in extremis z powodu zwężenia krtani, z zejściem śmiertelnem; 2) **torbiel skórzastą** znacznych rozmiarów, która wisiała na cienkiej szypułce u dna macicy; 3) dużych rozmiarów **gangliny** wyłuszczone z palca.

3) Odczytany przez bibliotekarza regulamin przyjęto z nieznacznemi zmianami.

4) Sekretarz odczytał referat w sprawie t. zw. etyki lekarskiej, wyrażający poglądy Zarządu na etykę lekarską w ogólności, jakoteż na niektóre poszczególne przypadki, poczem wywiązała się dosyć ożywiona dyskusya, w której brali udział kol. Wołkowicz, Kotarski, Królikowski, Dehnel, Żołędziowski, Perelman, Rotberg, Czajkowski, która jednak do żadnych pozytywnych wniosków nie doprowadziła. S. Weinzieher.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XX naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dn. 12/25. X. 1912 r.

Obecnych członków 20, gości 5. Przewodniczy Dr Szymon Dzierzgowski.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

1) Dr L. Jastrzębski: **W sprawie najnowszych sposobów rozpoznawania skazy moczanowej.** Scharakteryzowawszy na wstępie pochodzenie skazy moczanowej wogóle, jako to: pokarm i zużyte komórki naszego ustroju, a w szczególności ich jądra, prelegent przytoczył różne sposoby chemicznego badania moczu co do skazy, dodając, że urochemiczne badania często dają wyniki ujemne, pomimo, iż skaza istnieje. Z kolei przeszedł prelegent do odnośnych badań prób krwi, zatrzymując się na 2 najnowszych sposobach: Roethlisbergera i Kowarskiego. Roethlisberger podał własny przyrząd, t. zw. urikometr. Prócz tego wspomniał prelegent o sposobie Zawiałowa; sposób ten przedstawia tylko udoskonalenie sposobu Roethlisbergera. Prelegent wykonał 40 badań krwi podług sposobu Kowarskiego i Roethlisbergera co do zawartości kwasu moczowego. W 20 przypadkach jednocześnie zastosowano 2 sposoby, w 12 tylko sposób Roethlisbergera, a w 8 Kowarskiego. Na mocy swych spostrzeżeń dochodzi mówca do wniosku, iż sposób Kowarskiego, wskutek wielkiej liczby rękoczynów, nie daje ścisłych wyników przy ilościowem określaniu kwasu moczowego i wykazuje zwykle mniejszą jego zawartość, a przy ilościach mniejszych niż 2 mlgm na 100 cm^3 krwi często daje wyniki ujemne. Sposób Roethlisbergera również nie jest ścisły, gdyż we krwi mogą być i inne substancye, redukujące sole srebra, a powtóre kolorymetryczna metoda ilościowego określenia nie odznacza się ścisłością. Lecz jako próba jakościowa nadaje się ten sposób zupełnie do badań klinicznych, a nawet w praktyce ziemskiej.

Dyskusya: Prof. Zaleski popiera zdanie prelegenta co do sposobu Roethlisbergera w sprawie redukcyi, albowiem przy innych sposobach przewidzieć wszystkie połączenia srebra trudno. — Dr Ostrowski zapytuje, czy prelegent nie stosował sposobu Roethlisbergera u dzieci, dodając, że według jego zdania jest to najlepszy sposób. — Prelegent. U dzieci badałem w jednym przypadku i przypuszczam, że ten sposób jest najodpowiedniejszy, wobec tego, że krwi potrzeba tylko 6 kropli. — Dr Zboromirski

wyraża zdanie, że zapomocą głodu można i sposobem Roethlisbergera otrzymać bardzo dobre wyniki, albowiem wtedy ilość substancyi redukujących będzie nieznaczna. — Prelegent potwierdza zdanie Dra Zboromirskiego, albowiem jeżeli badać mocz po pewnym głodzie, to cukru nie daje się określić; tyczy się to jednak próby jakościowej, ale nie ilościowej. — Dr Sz. Dzierżgowski podnosi, że ścisłych danych ilościowych spodziewać się trudno, albowiem należałoby brać znaczną ilość krwi. — Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie prelegentowi za ścisły, a treściwy odczyt.

II. Dr W. Zdanowicz: **Przypadek opadnięcia moczowodów.** Opadnięcie śluzówki moczowodu do pęcherza jest cierpieniem rzadkiem. W piśmiennictwie znalazł prelegent wzmianki tylko o trzech takich przypadkach. Albarran pierwszy ogłosił przypadek opadnięcia moczowodu u mężczyzny 30-letniego. Po nim ogłosili swoje przypadki Jung i Simon. Przypadek prelegenta dotyczy 25-letniej kobiety, która 6 lat temu przebyła trudny poród i obustronne zapalenie nerek i miedniczek, a obecnie ma dolegliwe bóle w okolicy nadpachwinowej. Przy badaniu cystoskopowem widać dwa kuliste wypuklenia, wielkości i kształtu wiśni. Wyloty moczowodów wskutek zabarwienia tych wypukleń wyróżniają się dość słabo. Przy uciskaniu na nie cystoskopem objętość ich się zmniejsza, a po wprowadzeniu cewnika moczowodowego do wylotu, czasami udaje się wypuklenia wyrównać. W tym przypadku na miejscu wypukleń wyraźnie występowały szerokie wyloty moczowodów. Wprowadzonym do moczowodu cewnikiem można było odprowadzić jego śluzówkę, która wypukla się w kształcie stożka wysokości $1-1^1/_2$ ctm.

Rozpoznając opadnięcie moczowodów, odróżnia prelegent te schorzenia od przerostu wylotu moczowodu i od uchyłka moczowodu (ureterocele), gdyż dla tego drugiego jest charakterystyczne nagromadzenie się cieczy w pęcherzykowym odcinku moczowodu. Przyczynę tej choroby prelegent upatruje w trudnym porodzie. Zabiegi lecznicze były skierowane przeciwko zapaleniu nerek i miedniczek: przemywano miedniczki nerkowe rozczynem azotanu srebra, dając ściekać rozczynowi wzdłuż moczowodów. Prelegent oświadcza się przeciwko interwencyi chirurgicznej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Zboromirski zapytuje prelegenta, dlaczego zaniechano zabiegu chirurgicznego, tem bardziej, że Albarran przytacza dobre w takich razach wyniki. — Prelegent: Stan chorej był zupełnie zadowalniający; zaś co do Albarrana, to on miał tylko jeden taki przypadek. — Prof. Ziemacki zaznacza, że takie przypadki zdarzają się rzadko i że w takich razach nie należy zbyt spieszyć z operacyą.

III. Prof. St. Zaleski, wskutek zwrócenia się do »Związku« p. Spirydonowa z Jełabugi (gub. wiatska) o zapoznanie »Związku« z nową wodą mineralną, przez niego odkrytą u podnóża gór Uralskich, wygłosił rzecz p. t. **Spirydonowska woda mineralna z pod gór Uralskich.** Mowca zaznaczył, że woda ta zyskała już sobie pewne uznanie i rozpowszechnienie, wskutek czego tworzy się nawet osobne Towarzystwo akcyjne, przez rząd zatwierdzone. Woda ta została wszechstronnie już zbadana tak pod względem fizykochemicznym, jako też klinicznym na chorych w Kazaniu i w Petersburgu i została uznana, jako typ wód mieszanych. Zawiera ona sole słone, gorzkie i ściągające, a ogólna mineralizacya dochodzi do 5,2‰. Badania tej wody dowodzą, iż jest ona promieniotwórczą i należy ją stosować chorobach dróg moczowych i wymiany materyi. Prelegent sądzi, że woda ta zasługuje na poparcie i na dokładne zbadanie na miejscu, t. j. przy wpadnięciu rzeczki Iż do Kamy, gdzie źródło wypływa. Wydajność źródła wynosi 10.000 wiader na dobę.

Dyskusya: Prof. Ziemacki wyraża zdanie, iż należy wodę tę poddać ścisłemu badaniu bakteryologicznemu i przytacza kilka uwag w sprawie wody Essentukskiej (Kaukaz) Nr 20. Wodę tę jakiś czas stosowano, aż nareszcie badania bakteryologiczne wykazały znaczną ilość drobnoustrojów. — Dr L. Jastrzębski staje w obronie wody Essentukskiej Nr 20. — Doc. Z Sowiński jest tego zdania, że badanie wody z punktu bakteryologicznego będzie jednostronne. Należałoby zastosować tę wodę u chorych na dużym materyale klinicznym. Mowca przypuszcza, że p. Spirydonow dostarczy żądanej ilości wody, możnaby prosić naszych internistów, by zastosowali ją w odpowiednich przypadkach. — Dr Zboromirski: Wodę bakteryologicznie należy badać bezpośrednio ze źródła, ale nie z butelek, bo wyniki będą nieścisłe. — Prof. Zaleski: Woda butelkowa zwykle musi zawierać drobnoustroje i mineralnych wód bez nich niema; chodzi tylko o drobnoustroje chorobotwórcze. — Dr Sz. Dzierżgowski podnosi znaczenie tej wody. Pomimo iż zawiera ona dużo siarczanów, jednakże własności promieniotwórczych nie traci; co do drobnoustrojów, to mogą one zależeć od warunków eksportu, np. samo mycie butelek ma wielkie znaczenie w takich razach.

Na wniosek przewodniczącego i Prof. Ziemackiego zgromadzenie uchwala wybrać komisyę do zbadania tej wody wogóle, a zwłaszcza pod względem bakteryologicznym. Zaproszono do komisyi: Prof. Zaleskiego (prezes), Dra Sz. Dzierżgowskiego, Dr Ed. Zboromirskiego, L. Jastrzębskiego, Doc. Z. Orłowskiego, Dra Święcickiego i przyrod. chemika I. Szabłowskiego.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

Posiedzenie z dnia 12. X. 1912.

Kol. Szatensztejn opisuje przypadek **bloku sercowego** i pokazuje kardyo- i sfigmogramy; u chorej tej referent naliczył tętno 35 na minutę, pomimo to stan ogólny był zupełnie zadowalniający. Kardyogram wskazuje, że skurczów serca było 2 razy więcej; podobne przypadki w literaturze napotyka się stosunkowo rzadko.

Posiedzenie z dnia 12. XI. 1912.

Obecnych 17 członków i 4 gości.

Kol. Szapiro. **Leczenie gruźlicy płuc.** Nie mamy, powiada referent, dotychczas środka swoistego na tę chorobę, to też należy stosować wszystkie w miarę możności metody, a więc forsowne odżywianie, leczenie klimatyczne, sanatoryjne, tuberkulinizacyę, sztuczną odmę piersiową, leczenie kumysowe, kefirowe i ma się rozumieć przetwory kreozotowe, arszenikowe i t. d. W wyjątkowych przypadkach nie do pogardzenia jest surowica Marmorka, zwłaszcza, gdy nie można obniżyć stałej wysokiej gorączki. W paru podobnych przypadkach referent przekonał się o dobroczynnym wpływie owej surowicy, lecz jeżeli surowica nie wywołała odrazu wpływu pożądanego, próżno oczekiwać go od dalszego jej stosowania. Na zakończenie podaje referent wyniki badań krwi co do zawartości w niej laseczników gruźlicy. Z badań tych wypływa, że lasecznilki gruźlicy można wykryć we krwi nawet u tych chorych, u których zaledwie istnieje podejrzenie co do gruźlicy płuc. Otwarte więc jest pole dla badań chemoterapeutycznych, które już są w biegu. Połączeniu Cu z Cl rokują świetną przyszłość. Możnaby przypuszczać, że kreozot i jego pochodne również posiadają sui generis »chciwość« do substancyi lasecznika gruźlicy; możliwem jest, że owo tajemnicze »Mesbe« (wyciąg z rośliny amerykańskiej) posiada również owe własności.

W dyskusyi kol. Zarcyn wyraża zdanie, że gdyby kreozot rzeczywiście miał owe zalety, niewątpliwie chirurgia wyzyskałaby je w przypadkach ograniczonych ognisk; niestety zalet tych kreozot nie posiada.

Posiedzenie doroczne z dnia 12. XII. 1912 r.

Obecnych 23 członków.

Odczytano sprawozdanie roczne z działalności Towarzystwa. W roku sprawozdawczym odbyło się 9 posiedzeń zwyczajnych, 1 nadzwyczajne i doroczne. Odczytów wygłoszono 10, pokazów było 4.

Na początku 1912 r. Towarzystwo liczyło 227 członków, w tem: honorowych na Litwie, Rusi, w Królestwie i Cesarstwie 17, honorowych zagranicą 31, rzeczywistych 95, korespondentów w Państwie 73, korespondentów zagranicznych 8, członków popierających 3.

W ciągu roku zaszły następujące zmiany: Zmarli: członkowie honorowi: prof. Konstanty Wysokowicz (Kijów), prof. Henryk Kadyj (Lwów) i członek rzeczywisty Dr Z. Żuk; obrani zostali na członków rzeczywistych koledzy: Majewski Feliks, Markowski, Kowalewski, Oleszkiewicz, Trypolski, Wołoczkowicz i Zarcyn; a więc z końcem 1912 r. Towarzystwo liczy 231 członków.

Zarząd stanowili: Prezes Dr Wojnicz, wiceprezes Dr Kogan, sekretarze Dr Jabłonowski i Safarewicz, skarbnik Dr Bloch, bibliotekarz: Dr Łukowski, zarządzający pracownią analityczną Dr Wojnicz.

Nagrodę im. prof. Moczutkowskiego przyznano docentowi Drowi med. Kaźm. Noiszewskiemu za pracę »O jaskrze i ciśnieniu wewnątrzczaszkowem«, oraz Drowi Wygodskiemu za referat »Poronienie sztuczne z punktu widzenia lekarskiego i społecznego«.

Obrano do Zarządu na rok 1913 tych samych kolegów, sekretarzem zaś wobec odmowy kol. Safarewicza obrano kol. Markowskiego. Safarewicz.

Medycyna publiczna, higiena, epidemiologia.

Kukurydza i jej przetwory młynarskie sprzedawane w Galicyi jako pokarm ludzki.

Przez

Dra Leonarda Biera

star. inspektora c. k. Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie [1]).

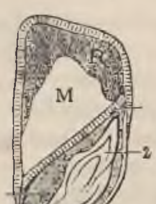
Znaczenie zepsutej kukurydzy w ziarnie i jej przetworach młynarskich, jako czynnika etyologicznego, wywołującego rumień lombardzki u ludności żywiącej się przeważnie kukurydzą, nie ulega obecnie żadnej wątpliwości. Nadzór nad ziarnem i wyrobami z kukurydzy posiada przeto szczególniejsze znaczenie nietylko z punktu widzenia warunków ogólnego żywienia się ludności, ale i ze stanowiska ściśle zdrowotnego — zapobiegawczego wobec pellagry.

U nas w Galicyi kukurydza i jej przetwory młynarskie, jako pożywienie przeważające nad innymi rodzajami pokarmu, odgrywa większą rolę jedynie we wschodniej części kraju, w okolicach Pokucia, sąsiadujących z Bukowiną, Besarabią rosyjską i Rumunią, krajami, w których rumień lombardzki nie jest chorobą rzadką. W reszcie kraju kukurydza jako pokarm ludzki posiada w warunkach normalnych, w czasach dobrego urodzaju, znaczenie podrzędniejsze.

Jeżeli jednak mimo to uważam za wskazane omówić szerzej jakość kukurydzy i jej przetworów, sprzedawanych w ostatnim czasie w kraju pod nazwą pokarmu ludzkiego, to bezpośrednią przyczyną tego jest żywszy nadzór nad tymi produktami, podejmowany ze strony władz i organów, powołanych do czuwania nad żywnością. Nadzór wspomniany spowodowało doniesienie Namiestnictwa tryesteńskiego do Ministerstwa spraw wewnętrznych i rządów krajowych wszystkich krajów koronnych Austryi, doniesienie, zawiadamiające, że w ostatnich tygodniach września nadeszły z Ameryki, Argentyny do Tryestu wielkie ładunki kukurydzy częściowo zepsutej, skąd rozesłano je setkami wozów kolejowych po całej monarchii. W dalszem następstwie wspomnianego doniesienia Namiestnictwo galicyjskie poleciło lekarzom powiatowym podjąć rewizye wszystkich młynów, przerabiających kukurydzę na pokarm dla ludzi, zwrócić pilniejszą uwagę na wspomniane artykuły w handlu i pobierać z nich próbki celem ściślejszego zbadania w państwowym Zakładzie dla badania środków spożywczych w Krakowie. Wynikiem podjętych w zakładzie rozbiorów pragnę się niniejszem podzielić, wysnuwając z wyników rozbioru szereg uwag i wskazań, których uwzględnienie dla osiągnięcia skutku podjętej przez lekarzy powiatowych kontroli, jak również dla sprawy racyonalnego żywienia się ludności dobrą powinno oddać przysługę.

Przedstawienie wyniku rozbiorów, dokonanych w Zakładzie, poprzedzić muszę uwagami i wyjaśnieniem tych szczegółów, które przy ocenie kukurydzy w ziarnie i w postaci przetworów młynarskich jako pokarmu ludzkiego, ze stanowiska botanicznego, przemysłowego, chemicznego i zdrowotnego należy mieć na oku.

Ziarno kukurydzy, pochodzące z rośliny należącej do rodziny trawiastych (gramineae) i rozwijające się w znanym kwiatostanie, zwanym buławką, przedstawia się jako ziarno bądź okrągłe, bądź jako klinowate, mniej lub więcej przypłaszczone lub po bokach zgniecione, kanciaste. Dolna część ziarna, przylegająca do nasady buławki, jest mniej lub więcej zaostrzona. Wzdłuż mierzy ziarno kukurydzy 0,5—2 cm wszerz 0,5—1 cm. Kolor ziarna — jeżeli pominiemy odmianę używaną wyłącznie jako karm dla bydła, czyli t. zw. koński ząb — jest żółtawy, w rozmaitych odmianach od jasnożółtego do ciemnopomarańczowego, a nawet czerwonawego. Jeżeli ziarno dojrzało i należycie wyschło, wydziela się łatwo z otaczających je plewek i posiada na powierzchni naturalny i silny połysk; w razie niedostatecznego dojrzenia i wysuszenia plewki przylegają do ziarna silniej, a powierzchnia jego jest matowa i bez połysku. Jeżeli przekroimy ziarno, rozróżnimy w niem 3 części: osłonkę, zarodek i bielmo. Osłonka, otaczająca treść ziarna w postaci elastycznej silnie doń przylegającej twardej błony, stanowi około 5—7% całej jego zawartości. Chroni ona treść ziarna od rozmaitych szkodników tak zwierzęcych, jak i roślinnych, grzybów i bakteryi. Druga część składowa ziarna, zarodek, stanowi 10—15% części wagowych ziarna Otacza go treść ziarna, na zewnątrz uwydatnia się zaś zarodek w postaci lekkiego zagłębienia na powierzchni ziarna oraz barwą białawą, w ciemniejszych odmianach ziarna barwą brudnobiałą, a w czerwonawych nawet czerwonawą. Na zaostrzonym końcu ziarna mieści się korzonek zarodka, cechujący się ciemnem zabarwieniem. Pod względem chemicznym wyróżna się zarodek wobec całego ziarna znaczną zawartością tłuszczu.



Schematyczny przekrój ziarna kukurydzy. *R* część rogowa. *M* część maczna ziarna, *Z* zarodek (według Vogla).

Trzecią najważniejszą częścią składową ziarna jest jego bielmo, w którego skład wchodzą ciała białkowe i skrobia; stanowi ono około 70—80% ziarna. W bielmie rozróżnić należy część więcej obwodową rogowotwardą, czyli szklistą, żółtą, zawierającą więcej ciał białkowych i część bielszą, mączną, przylegającą do zarodka (patrz rycinę schematyczną). Wartość handlowa a zarazem odżywcza ziarna kukurydzy zależy od zawartości w niem części rogowej; im więcej przeważa ona nad częścią mączną, tem więcej dostarczy grysików żółtych wobec bielszej i miałkiej mąki. W młynarstwie postępowem, przerabiającem kukurydzę na mąkę — produkt spożywczy dla ludzi — starają się, podobnie jak w młynarstwie pracującem w pszenicy, otrzymywać mąkę z grysików, i to w stopniu je-

[1]) Rzecz wygłoszona na Zjeździe lekarzy powiatowych we Lwowie 15. lutego b. r.

szcze większym, niż w młynach pszenicznych, gdyż mąkę kukurydzaną uzyskuje się tylko jako bardzo drobny grysik, przechodzący zaledwie w 1% przez sita o średnicy oczek 0,25 mm. Całe urządzenie postępowego młyna dla wymiału kukurydzy jest tego rodzaju, by przez powolne rozmielanie ziarna na coraz drobniejsze grysiki i oddzielanie od nich wymielonych równocześnie mąki miałkiej i zarodka na sitach walcowych i maszynach czyszczących grysiki, uzyskać produkt, złożony możliwie wyłącznie z drobnego i jednostajnego grysiku mącznego, czy też mąki grysikowej. Jak już wspomniałem wyżej, zawiera produkt tak wymielony zaledwie 1% ziarenek, przechodzących przez sito o wielkości oczek 0,25 mm. Wszystko, co przejdzie przez takie sito w ilości znaczniejszej, pochodzi z części mącznej ziarna i z jego zarodka.

Kukurydza jako ziarno może się zepsuć, po części pod wpływem robactwa, głównie jednak przez działanie grzybów, pleśni i bakteryi. Nieuszkodzona powierzchnia twardej osłonki ziarna przeszkadza wnikaniu i usadawianiu się grzybów pod powierzchnią ziarna i w jego bielmie. To też ziarno dojrzałe, należycie wyschnięte i niewilgłe, nie psuje się, natomiast w ziarnie zebranem przedwcześnie, niedojrzałem, niewyschniętem i w tych warunkach więcej mącznem i miękkiem, jak również w ziarnie namokłem o wiele łatwiej usadawiają się i rozwijają grzyby pleśniowe. Sprzyja zaś temu okoliczność, że ziarno, niedostatecznie wyschnięte, schnąc pęka, a przez utworzone szpary, podobnie jak w miejscach uszkodzonych przez robactwo, dostają się do wnętrza drobnoustroje. Miejscem, gdzie uszkodzenie ziarna, spowodowane wyschnięciem lub uszkodzeniem mechanicznem, najczęściej się objawia, jest okolica zarodka, stąd też w tem miejscu najczęściej rozpoczyna się zepsucie ziarna, ułatwione — jak zaznaczyłem — miękkim, mącznym charakterem tej okolicy. Zepsucie ziarna objawia się też najwcześniej i najczęściej w okolicy zarodka, szarem lub czarnoszarem zabarwieniem okolicy jego, przy dalej postępującem zepsuciu zmianą barwy, plamami i smugami, rozmieszczonemi pod osłonką po całem ziarnie. W każdej prawie partyi ziarna kukurydzy znajdzie się poszczególne ziarna uszkodzone przez robactwo, nierozwinięte, zmarniałe lub nadpsute pod wpływem pleśni i bakteryi. Gdy jednak ziaren tych jest niewiele, a stosunek ich do całości nie przekracza 5%, kukurydza taka może być użyta na pokarm dla ludzi. Granicę 5% przyjął austryacki kodeks żywnościowy (Codex alimentarius austriacus) za kryteryum dopuszczalności kukurydzy jako ludzkiego artykułu spożywczego ze względu na to, że wyższy stopień zepsucia kukurydzy może zagrażać zdrowiu ludzkiemu. Obok powyższego drugiem ważnem kryteryum dla oceny dopuszczalności do handlu kukurydzy, jako ludzkiego artykułu spożywczego, jest stopień wilgoci. I tu przyjęto, że ziarno dopuszczalne do handlu w powyższym charakterze nie powinno zawierać ponad 15% wilgoci, gdyż przy większej wilgoci łatwo się psuje.

Gdy stwierdzenie dopuszczalności do handlu kukurydzy jako artykułu spożywczego ludzkiego przedstawia się jako rzecz łatwa i wymagająca poza pewną wprawą w umiejętnem oglądaniu ziaren z metod ściślejszych badania tylko stwierdzenia odsetka wilgoci, to badanie produktów młynarskich, z tegoż ziarna uzyskanych, o wiele więcej jest już utrudnione i wymaga zastosowania ściślejszych metod badania. Obok stwierdzenia cech zewnętrznych co do koloru, smaku i zapachu posługujemy się badaniem mikroskopowem, biologicznem i metodami chemicznemi. Smak nieprzyjemny, gorzkawy, obok stwierdzenia większej zawartości pleśni, są bardzo ważnymi czynnikami dla oceny. Stwierdzona obecność zarodka w większej ilości obok jasnej barwy produktu i znacznej ilości mąki rozmielonej, przechodzącej przez sito o średnicy oczek 0,25 mm, nasuwa podejrzenie, że wymielony produkt pochodzi z tej części ziarna, w której najczęściej i najłatwiej odbywają się procesy rozkładu.

Ze składników chemicznych ziarna kukurydzy, których oznaczenie ułatwi nam ściślejszą ocenę produktu, oznaczamy obok wilgoci zawartość popiołu, czyli ciał mineralnych, tłuszczu i stopnia kwasoty. Oznaczenie wilgoci pozwala nam określić, czy wymielony produkt pochodzi z ziarna wilgotnego, względnie, czy nie nabył następowo wilgoci, ułatwiającej rozkład pod wpływem drobnoustrojów. Podobnie, jak dla ziarna, granica dopuszczalna wynosi 15%. Największą zawartość ciał mineralnych z całego ziarna zawiera okolica zarodka, bo około 5—6%, najmniejszą część rogowa ziarna. Ziarno, nienależycie oczyszczone z ziemi i kurzu, zawierać będzie ciał mineralnych ponad średnią zawartość tegoż składnika, stwierdzoną licznemi badaniami w całem ziarnie, 1,4%. Należycie oczyszczone ziarno, wymielone na grysiki, zawierać będzie przeto tem mniej popiołu, im mniej w niej będzie części zarodkowej. Jak już wspomniałem, zawiera zarodek z całego ziarna najwięcej tłuszczu, około 22%, najmniej część rogowa ziarna ½%; ziarno całe zawiera go około 4,2%. Wymielenie mąki z ziarna po odciągnięciu zeń pewnej ilości grysików wyrazi się przeto nietylko większą zawartością popiołu, ale i tłuszczu, ponad liczby średnie, właściwe dla całego ziarna. Kwasotę wyrażamy jako stopnie w postaci ilości sześć. cm. N/10 ługu, potrzebnych do zobojętnienia kwaśnego wyciągu alkoholowego ze 100 gr mąki. Mąki, uzyskane ze zdrowego, niezepsutego ziarna, mają najwyżej 30 stopni kwasoty. Większe zużycie ługu dowodzi pewnego zepsucia mąki. Zepsucie to w postaci wyższych stopni kwasoty uwydatni się nietylko w mąkach wymielonych z ziarna, zepsutego przez pleśń, ale już w mąkach, zresztą normalnych zewnętrznie, lecz obfitujących w znaczniejszą zawartość tłuszczu, który wydziela wolne kwasy tłuszczowe pod wpływem działania swoistego fermentu, lipazy, wydzielonego przez zawarte i rozmnażające się w mące drobnoustroje.

Jakżeż wobec tych kryteryów, ułatwiających ściślejszą ocenę kukurydzy w ziarnie i przetworach młynarskich, przedstawiają się próby nadesłane do badania w krakowskim Zakładzie badania środków spożywczych?

Ogółem przesłano w ostatnich tygodniach zakładowi do badania 14 prób kukurydzy w ziarnie, 76 prób grysików i 70 mąk. Pochodzenie tych prób co do proweniency kukurydzy znane jest tylko w poszczególnych przypadkach. Jedynie poszczególne próby, nadesłane ze starostw bialskiego, wadowickiego i jedna ze stryjskiego, podano jako amerykańskie, co do ostatniej próby jednak tylko z pewnem prawdopodobieństwem. Z powiatu bialskiego nadesłano nadto produkta, wyrobione z ziarna rosyjskiego (Besarabia) i rumuńskiego, z powiatu dobromilskiego produkt węgierski i mołdawski. W większości przypadków starostwa w odezwach swych nie podawały zupełnie proweniencyi ziarna.

Zanim przedstawię szczegółowy wynik analiz [2]), zaznaczyć muszę, że z wyjątkiem jednej próby, nadesłanej ze Stryja, co do proweniencyi amerykańskiej towaru niezbyt pewnej, żadna z prób czyto ziarna, czyto grysików, czy też mąki, podanych jako wymielonych z ziarna amerykańskiego, nie dały powodu do kwestyonowania z powodu zepsucia. Z prób kukurydzy w ziarnie zostało zakwestyonowanych 10, gdyż we wszystkich 10 próbach procent zepsutych ziaren przekraczał dopuszczalne 5%, dochodząc w większości prawie do 20% a nawet w jednej do 35%. Zawartość wilgoci, o ile była badana, wynosiła tylko w stryjskiej próbie ziarna ponad 15%. Z 76 prób grysików nie zakwestyonowano ani jednej, gdyż zawartość wilgoci wynosiła poniżej granicy dopuszczalnej 15%, a zawartość ciał mineralnych w niektórych próbach nieznacznie tylko przekroczyła przyjęte 1,4%, które to przekroczenie odnieść należało do mniej starannego oczyszczenia ziarna z kurzu ziemnego przed procesem mielenia. Jak już zaznaczyłem powyżej, pochodzą grysiki z najodporniejszej części ziarna, same przez się trudniej się psują, co też znalazło wyraz w wyniku analiz.

---

[2]) dokonanych wraz z inspektorem J. Hetperem.

Z nadesłanych 70 prób mąki kukurydzanej zakwestyonowałem 27 prób, w tem 10 z powodu wyraźnego zepsucia, objawiającego się gorzkim smakiem, zwiększoną zawartością pleśni oraz zwiększonym stopniem kwasoty i ilością ciał mineralnych. Siedemnaście prób mąki zakwestyonowano z przyczyny zwiększonej zawartości tłuszczu, czemu towarzyszyła większa zawartość ciał mineralnych, kwasoty, pleśni oraz zarodka, a niejednokrotnie wyraźna, nieprzyjemna zmiana w smaku. Z pozostałych 43 prób miała znaczniejsza część zwiększony stopień kwasoty, gdy jednak ani smakiem nie można było w nich stwierdzić nic ujemnego, ani też zawartość pleśni nie była wydatnie zwiększona, brakło dostatecznej podstawy do kwestyonowania tem bardziej, że zawartość wilgoci, popiołu i tłuszczu obracała się w granicach normalnych. We wszystkich badanych mąkach zawartość mąki miałkiej przekraczała przyjęty dla mąk z młynów walcowych 1% cząsteczek, przechodzących przez sita o wielkości oczek 0,25 mm. Zaledwie tylko w 7 mąkach zawartość mąki miałkiej była mniejsza niż 10%, w większości obracała się około 20%, przekraczając w niektórych nawet 30%. Z danych tych należało wnosić, że młyny, z których pochodziły próby, badane w Zakładzie, wymielają mąkę kukurydzaną mniej postępowo, nie przepuszczając ziarna przez liczne walce; są to zapewne młyny o mieleniu płaskiem (Flachmühlen). Wspomniane wyżej 17 mąk zniewalają do twierdzenia, że w niektórych z młynów wyrabiają także grysiki, t. j. grubszą kaszkę kukurydzaną, a pozostałą część ziarna, po wydzieleniu z niej grysiku, rozmielają na mąkę następowo i sprzedają tak uzyskany produkt pod nazwą produktu spożywczego dla ludzi. Postępowanie takie przedstawia się jako nierzetelność, gdyż tak wyrobiona mąka, pozbawiona składników zawartych w więcej wartościowej części ziarna, zawierając nadto składniki mniej pożądane, nadawać się może tylko jako karm dla bydła. Mąki tym sposobem wymielone przedstawiają produkt, który najłatwiej podlega zepsuciu, gdyż zawierają te części ziarna, w których najczęściej mieszczą się drobnoustroje wywołujące zepsucie mąki, najłatwiej się też psują, a spożywane przez ludzi najczęściej wywoływać mogą objawy chorobowe.

Na podstawie wykonanego w Zakładzie rozbioru prób kukurydzy, nadesłanych przez starostwa galicyjskie w ziarnie i przetworach młynarskich, dojść trzeba do wniosku, że z wyjątkiem grysików produkta te, a szczególnie mąka, sprzedawana jako artykuł spożywczy dla ludzi, bardzo często nie odpowiadają wymaganiom, jakie ze stanowiska zdrowotnego wobec nich stawiać należy. Jaki w tem udział bierze kukurydza obca, poza krajem produkowana, w szczególności amerykańska, nie mogłem sobie wyrobić należytego zdania na podstawie odezw starostw, nadsyłających próby. Wiadomości te starałem się uzupełnić dochodzeniami, podjętemi w krakowskiej Izbie handlowej i przemysłowej, może mniej w tym kierunku kompetentnej od Izby lwowskiej ze względu na mniejsze zużycie kukurydzy jako pokarmu ludzkiego w zachodniej części kraju. Dzięki uprzejmości sekretarza Izby, p. Dra Beresa, mogłem jednak za jego pośrednictwem dowiedzieć się, że do kraju całego, a zatem i wschodniej jego części w końcowych miesiącach ub. r. niewiele weszło kukurydzy amerykańskiej, a z partyi nadeszłych było bardzo mało takiej, którą w handlu uznano za zepsutą. Wiadomość ta byłaby zgodna z wynikiem wykonanych w Zakładzie analiz tych prób, których prowenencya amerykańska nie ulegała wątpliwości.

Mimo stwierdzenia, że z Ameryki nadchodzą czasem do monarchii większe partye kukurydzy niewątpliwie zepsutej, nie można jednak twierdzić, by jedynie t y l k o s t a m t ą d nadchodziła do nas kukurydza zepsuta, przeciwnie należy na podstawie wyniku rozbioru przyjąć, że nasze młyny krajowe przemielają kukurydzę krajową i europejską często zepsutą, czy też podpadającą łatwo zepsuciu wskutek złego zbioru, niedostatecznego wysuszenia lub też złego przechowania.

Streszczając powyższe wywody należy stwierdzić:

1) Przy wykonywaniu nadzoru nad kukurydzą i artykułami, wyrobionymi z tegoż ziarna, nie można ograniczyć się wyłącznie do ziarna amerykańskiego, ale w równej mierze objąć nadzorem ziarno europejskie i w kraju produkowane, gdyż dają one o wiele częściej powód do kwestyonowania.

2) Celem zapobieżenia dostawaniu się do handlu zepsutych i zepsuciu łatwo podlegających wyrobów z kukurydzy, należy największą kłaść wagę na ziarno i jeżeli okaże się bądź przez większą zawartość wilgoci, bądź przez znaczniejsze zepsucie, nieodpowiedniem, należy zapobiedz zmieleniu go na pokarm dla ludzi.

3) Grysiki kukurydzane, jako wymielone z najodporniejszej części ziarna, rzadko przedstawiają własności produktu zepsutego i nie tak łatwo podlegają zepsuciu, jak mąki kukurydzane.

4) Mąki zawierające znaczniejszą zawartość wilgoci, a tembardziej mąki zepsute, jako najbardziej nieodpowiednie należy wykluczyć z handlu jako pokarm ludzki. Toż samo odnosi się do mąk, wymielonych z ziarna po odciągnięciu zeń pewnej ilości grysików, a to głównie z tej przyczyny, że tego rodzaju mąki, zawierając części ziarna, najwięcej zanieczyszczone zarodkami pleśni i bakteryi, najłatwiej się psują. Mąki te charakteryzują się zewnętrznie bądź znaczniejszą zawartością osłonki, bądź silnem rozmieleniem i jasną barwą.

Należy jeszcze słów kilka poświęcić sposobowi pobierania prób kukurydzy, oraz postępowaniu w tych przypadkach, gdy idzie o zapobieżenie, by kukurydza i jej przetwory w razie zepsucia lub nieodpowiednich własności jako pokarm ludzki nie mogły dostawać się do handlu w tym charakterze.

Pominę szczegóły postępowania przy poborze prób, o ile idzie o przestrzeganie w tej mierze postanowień ustawy z 16 stycznia 1896, jako rzecz znaną, nie mniej również i te szczegóły, które należy mieć na oku, by próba odpowiadała średniej jakości towaru, ile prób należy pobrać ze względu na jakość i ilość tegoż, jak również szczegóły, odnoszące się do spisywania protokołu i oznaczenia prób, gdyż wszystko to zaznaczyłem w piśmie do Namiestnictwa, które odezwę Zakładu uczyniło podstawą swego w tej mierze wydanego okólnika do starostw. Na jeden jednak punkt pragnę tylko silniejszy nacisk położyć, a mianowicie na opakowanie, w którem należy nadsyłać próby kukurydzy, gdyż od tego zależy dalsze postępowanie Zakładu przy podejmowanym rozbiorze dla stwierdzenia w nich zawartości wilgoci. Celem umożliwienia określenia tego składnika w tej ilości, w jakiej znajdował się w chwili pobierania zeń próby, należy pobrane ziarna umieszczać n i e w o p a k o w a n i u p a p i e r o w e m, lecz we flaszce (z wina) wymytej i n a l e ż y c i e w y s u s z o n e j. Flaszkę tę należy zakorkować dobrym nieuszkodzonym korkiem, szyjkę jej ile możności oblać parafiną i zalakować. W takiem opakowaniu przechowywać można kukurydzę przez czas dłuższy bez obawy utraty wilgoci.

Stwierdziwszy czy to ziarno, czy mąkę kukurydzaną, nie nadające się na pokarm dla ludzi, są niejednokrotnie organa, wykonujące kontrolę nad żywnością, w tem położeniu, że zarządzić muszą środki zabezpieczające, by produkt zepsuty lub nieodpowiedni do użytku ludzkiego nie mógł być w tym charakterze sprzedawany w handlu. Do tego celu najlepiej nadaje się barwik smołowcowy: fiolet metylowy, do ziarna w postaci 1% rozczynu, do mąki w postaci proszku. Na 100 kg ziarna wystarczy celem zdenaturowania 0,25 l. rozczynu, na tęż samą ilość mąki 4 gr barwika, który dobrze wymieszany z ziarnem lub mąką tak je zabarwi, że użycie ich na pokarm dla ludzi będzie niemożliwem wskutek zmiany barwy, (niewpływającej jednak zupełnie na przydatność tych artykułów przy żywieniu bydła).

I Zjazd higienistów polskich we Lwowie w r. 1913.

Tymczasowy program sekcyi.

I. Mikrobiologia i choroby zakaźne. Gospodarz Prof. Kucera. Sekretarz: Dr Steising. 1. Praktyczne zastosowanie szczepionek. 2. Zwalczanie chorób płciowych. 3. O ile szkoła przyczynia się do zwalczania chorób zakaźnych. 4. Mikrobiologia fermentacyi mleka.

II. Walka z gruźlicą. Gosp. Prof. Wiczkowski. Sekr. Dr Selcer. 1. Pogląd na obecny stan walki z gruźlicą (obacz XII). 2. Gruźlica a szkoła (wspólnie z Sekcyą IV b i VI). 3. Gruźlica a lud (ob. XII). 4. Gruźlica a miasta (ob. XII). 5. Gruźlica a stan robotniczy (wsp. z VII). 6. Gruźlica a małżeństwo. 7. Obecny stan leczenia gruźlicy. 8. Wczesne rozpoznanie gruźlicy. 9. Gruźlica u chrześcian i żydów. 10. Drogi szerzenia się gruźlicy. (ob. XII).

III. a) Higiena i fizyologia żywienia. Gosp. Prof. Bądzyński. Sek. Dr Mostowski. 1. Żywienie naszego ludu. (wsp. z VII). 2. Znaczenie wegetaryanizmu. 3 Głodzenie jako czynnik chorobowy i leczniczy. 4. Uregulowanie handlu mlekiem. 5. O ile obecna ustawa o środkach spożywczych (w Austryi) spełnia swoje zadanie. 6. Zastosowanie metody biologicznej do badania środków spożywczych. Odczyty: 1. O badaniu tłuszczów. Dr Niemczycki. 2. O jakości młynarskiej kaszy i mąki. Prof. Maurizio. 3. Zachowanie się różnych odmian białka w odżywianiu. Prof. Panek.

b) Walka z alkoholem. Gosp. Prof. Popielski. Sekr. Doc. Wł. Mazurkiewicz. 1. Czy alkohol może być uważany za środek odżywczy? 2. Podstawy racyonalnej walki z alkoholizmem. 3. O przysiędze i ślubach abstynenckich. 4. Alkohol jako środek leczniczy.

IV. a) Higiena dziecka przedszkolnego. Gosp. Prof. Raczyński. Sekr. Dr Progulski. 1. Walka ze śmiertelnością dzieci. (ob. XII). 2. Opieka nad niemowlętami. 3. Rzut oka na żywienie dzieci w I. roku życia. Ref. Prof. Raczyński. 4. Żywienie piersią. Ref. Dr Progulski. 5. Żywienie sztuczne. Ref. Dr Michałowicz. 6. Karmienie piersią a gruźlica. Ref. Dr Progulski. 7. Prawne stanowisko podrzutków. Odczyty: 1. Od czego zależy los dziecka zakażonego gruźlicą. Prof. Raczyński. 2. Higiena i wychowanie dziecka a przygotowanie kobiet do macierzyństwa u nas. Dr Ogórek-Pankowa.

b) Higiena szkolna. Gosp. Doc. Piasecki. Sekr. P. Kapałka. 1. Szkoły rządowe a nadzór lekarski. 2. Nadzór lekarski nad szkołami. Szkoły miejskie w miastach większych. 3. Nadzór lekarski w szkołach po miasteczkach i wsiach. 4. Nadzór lekarski w szkołach prywatnych. 5. Nadzór lekarski ze stanowiska wychowawczego. 6. Typ szkoły początkowej dla osad i wsi. (wsp. z VI). 7. Sposoby nauczania higieny w szkołach.

c) Wychowanie fizyczne. Gosp. Dr Wyrzykowski. Sekr. P. Dąbrowski. 1. Stan wychowania fizycznego na ziemiach polskich i system Linga. 2. Pierwowzór grecki wychowania fizycznego w zastosowaniu do warunków nowoczesnych. (Wyższe zakłady, kursy letnie). 3. Skauting jako czynnik wychowawczy. 4. Współzawodnictwo w wychowaniu fizycznem.

5. Higiena miast. Gosp. Dr Legeżyński. Sekr. Dr Kielanowski. 1. Budżety miast ze stanowiska zdrowotności. 2. Walka z chorobami zakaźnemi w miastach, osadach i wsiach. 3. Stan urządzeń higienicznych Samorządu miast. 4. Oczyszczanie wód kanałowych w miastach. Ref. Inż. Pomianowski. 5. Odkurzanie budynków i mieszkań.

VI. Higiena ludowa. Gosp. Dr Bernadzikowski. Sekr. Dr Mikołajski. 1. O najpilniejszych potrzebach zdrowotnych ludu polskiego. 2. Typ szkoły początkowej dla osad i wsi. 3. O zagrodzie włościańskiej. 4. Zaopatrzenie w wodę osad i wsi. 5. Asanizacya osad i wsi. 6. Zadania gmin wiejskich w dziedzinie zdrowotności. Sposoby nauczania i szerzenia higieny wśród ludu. 8. Stosunki mieszkaniowe ludności włościańskiej w Galicyi. 9. Dezynfekcya mieszkań włościańskich. 10. Dotychczasowy sposób usuwania zwłok zwierząt padłych, jako czynnik, wpływający na szerzenie się chorób zakaźnych. Ref. Dr Dalkiewicz. 11. O urządzeniu rzeźni i targowisk po wsiach i miasteczkach. 12. O po-

mocy położniczej we wsi. 13. Wpływ emigracyi na stosunki zdrowotne w gminach wiejskich.

VII. Higiena zawodowa i opieka nad klasami pracującemi. Gosp. Dr Bett. Sekr. Dr Danielski. 1. Gruźlica a stan robotniczy. (wsp. z II). 2. Ubezpieczenie od wypadków w fabrykach maszynowych. 3. Higiena warsztatów fabrycznych. 4. Wentylacya fabryk w przemyśle tkackim. 5. Urządzenia higieniczne w przemyśle budowlanym. 6. Higiena kolejowa w odniesieniu do warstw pracujących. Ref. Dr Zgórski. 7. Statystyka wypadków kolejowych. 8. Higiena pracy przemysłu żywnościowego. 9. Higiena drukarni. 10. Choroby zawodowe w Galicyi i ich zwalczanie. Ref. P. Nacher, Dr Danielski. 11. Mieszkania i kolonie robotnicze. Odczyt: Wzorowe ambulatoryum nowoczesnej kasy chorych. Dr Danielski.

VIII. Opieka nad chorymi. Szpitalnictwo, ratownictwo i pielęgniarstwo. Gosp. Dr Müller. Sekr. Dr Lipski. 1. Żywienie chorych. Norma żywienia w szpitalach i zakładach dla umysłowo chorych. 2. Statystyka szpitalna. Ref. Dr Krzyszkowski. 3. Organizacya opieki nad cieleśnie nieuleczalnie chorymi. 4. Organizacya opieki nad umysłowo chorymi. Ref. Doc. J. Mazurkiewicz. 5. Budowa i urządzenie prowincyonalnego powszechnego szpitala na 60—100 łóżek. Ref. archit. Kamieniobrodzki i inż. Rydzewski. 6 Statystyka samobójstw w okresie 20-letnim istnienia lwowskiej Stacyi ratunkowej. Ref. Dr Notz. 7. Z kazuistyki lwowskiego Pogotowia ratunkowego.

IX. Higiena zdrojowisk i uzdrowisk. Gosp. Dr Krzyżanowski. Sekr. Dr Praschil. 1. Opieka sanitarno-obywatelska w zdrojowiskach i uzdrowiskach. 2. Sposoby napełniania flaszek i wysyłki wód mineralnych ze stanowiska higieny. 3. O poprawnych ujęciach źródeł mineralnych i rozprowadzeniu wód z nich pochodzących. 4. Higiena budownictwa w zdrojowiskach i uzdrowiskach. 5. Higiena zdrojowisk i uzdrowisk. 6. Higiena komunikacyi w stosunku do zdrojowisk i uzdrowisk. 7. O urządzeniach higienicznych dla picia wód mineralnych u źródeł. 8. Higiena urządzeń instalacyjnych w zdrojowiskach. 9. Higiena sanatoryów.

X. Higiena wojskowa.

XI. Statystyka sanitarna i demografia. Gosp. Dr Lachowicz. Sekr. Dr Kuhn. 1. Porównawcza statystyka rozrodczości, śmiertelności i chorób w różnych dzielnicach Polski. Ref. dla Galicyi Dr Nadobnik. 2. Pogląd na dotychczasową statystykę zdrowotną i wnioski, zmierzające do jej udoskonalenia i ujednostajnienia. 3 Organizacya służby zdrowia w Galicyi. 4. Statystyka raka w Galicyi. 5. Statystyka emigracyi i wpływ emigracyi na stosunki zdrowotne kraju. 6. Opieka położnicza w Galicyi. 7. Statystyka śmiertelności oseskόw. 8. Wydatki gminy miasta Lwowa i wogóle gmin w kraju na cele sanitarne. 9. Ruch ludności w mieście Lwowie. Ref. P. Dyszkiewicz. 10. Stosunki mieszkaniowe w mieście Lwowie. Ref. P. Dyszkiewicz. 11. Rozrodczość w miastach i wsiach.

XII. Tematy zgłoszone dotąd na posiedzenie ogólne. 1. Stan obecny walki z gruźlicą. 2. Drogi szerzenia się gruźlicy. 3. Gruźlica a lud. 4. Gruźlica a miasta. 5. Sposoby nauczania i szerzenia higieny wśród ludu. 6. Stan wychowania fizycznego na ziemiach polskich 7. Walka ze śmiertelnością dzieci.

XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Księga pamiątkowa XI Zjazdu ukazała się w druku. Członkowie Zjazdu mogą ją otrzymać w następujących miejscach: Członkowie z Król. Polskiego i ces. rosyjskiego w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie; lwowscy w księgarni H. Altenberga; z Ks. Poznańskiego w redakcyi »Nowin lekarskich«; krakowscy w zakładzie prof. Nowaka, ul. św. Jana 20; wszyscy inni członkowie zechcą podać dokładny swój adres, a księga zostanie im pocztą przesłana. Koszta przesyłki ponosi adresat. Wszelkie reklamacye należy nadsyłać pod adresem: Prof. Dr Julian Nowak, Kraków, ul. św. Jana 20.

†

Dr Gustaw Firlej Bielański

starszy lekarz powiatowy, były wiceprezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, wieloletni komisarz rządowy przy egzaminach ścisłych na Wydziale lekarskim, prawością charakteru, zacnością uczuć i działalnością zawodową jednający sobie powszechne poważanie i ogólną sympatyę kolegów, zmarł w Krakowie d. 3 marca 1913.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 5. III. 1913 posiedzenie, na którem prezes Dr Janiszewski poświęcił gorące wspomnienie ś. p. Dr Bielańskiemu, a pamięć zmarłego uczcili zebrani przez powstanie z miejsc. Następnie przedstawiali chorych ze swoich oddziałów i klinik prof. Reiss, prof. Piltz. prof. Rutkowski i prof. Kader. W dyskusyi przemawiali kol. Borzęcki, D. Hirsch, Kader, Piltz i Radliński.

— W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem rozpoczyna się, jak już donosiliśmy, serya wykładów z zakresu przemiany materyi. Stanowić ją będą następujące wykłady: 1) Prof. Bądzyński (ze Lwowa): Przemiana materyi w ustroju normalnym. 2) Prof. Bądzyński: Przemiana materyi w ustroju anormalnym. 3) Dr Kostrzewski: Stosunek fermentów we krwi do przemiany materyi. 4) Doc. Latkowski: O otyłości. 5) Dr J. Surzycki: O oksaluryi. 6) Dr Nowaczyński: Leczenie cukrzycy w pojęciu Noordenowskiem. 7) Tenże: Przemiana ciał purynowych. 8) Prof. Lewkowicz: Zaburzenia w odżywianiu u oseskόw. 9) Dr Blassberg: O fosfaturyi. 10) Prof. Krzyształowicz: Choroby skórne a przemiana materyi. 10) Prof. Rosner: O wpływie wad w przemianie materyi na czynności narządów płciowych kobiecych. 11) Dr M. Godlewski: O samozatruciu. 12) Dr K. Rzętkowski (z Warszawy): Wpływ środków i zabiegów leczniczych na przemianę materyi.

— Pogrzeb ś. p. Dr Bielańskiego odbył się we czwartek 6. III. przy licznym udziale kolegów. Przemówień nad trumną nie było, stosownie do wyraźnej woli ś. p. Bielańskiego. Zamiast wieńca na trumnę złożyli urzędnicy starostwa przez administracyę »Czasu« 64 K. na fundusz im. Jordana dla wdów i sierot po lekarzach.

— Na oddziale chirurgicznym św. Łazarza otwarte zostało bezpłatne ambulatoryum urologiczne, odbywające się codziennie od 6—7 wieczorem, z wyjątkiem świąt i niedziel.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Ferdynand Rusinowski i Jan Pawlus.

— Dr Antoni Kuczewski nostryfikował swój dyplom w Krakowie.

| Dr Antoni Biesiadzki mianowany został przez ministerstwo rolnictwa stałym zarządcą zakładu zdrojowego w Krynicy.

— Inspektor sanitarny Dr Kalikst Krzyżanowski, znany chlubnie z działalności na wielu polach, zaraził się durem plamistym i szczęśliwie go przebył.

— »Bratnia pomoc medyków Uniwersytetu Jagiellońskiego« miała w r. 1912 (czwartym istnienia) 266 członków zwyczajnych, 9 założycieli, 4 honorowych. Dochody wynosiły 8899·29 K., rozchody 7266 K. Na pożyczki wydano 6545, zwrócono pożyczek 5685 K. Majątek Towarzystwa wynosi 7583·11 K. Towarzystwo urządziło dwie wycieczki (do Wiednia i do Ojcowa). Prezesem Towarzystwa był p. Kazimierz Dobrowolski.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. II. do 1. III. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 2 † —), krztuśca —, ospy wietrznej 4, płonicy 6 † 2 (— † —), odry 1, duru brzusznego — † — (— † —), czerwonki — † —, gorączki połogowej 1 † 1, róży — † — (1 † 1), kuru —, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych — † — (— † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa: Ś. p. Marya Jasińska, wdowa po Dr Romanie Jasińskim, zapisała na fundusz żelazny sanatoryum w Rudce 10,000 rb., na kolonie letnie dla dzieci 5,000 rb.

— Zarząd kolei nadwiślańskiej zamierza zbudować własne sanatoryum dla piersiowo chorych w pobliżu Kielc przy stacyi Słowik. (Gaz. lek. 9).

— W pracowni Dra St. Serkowskiego dnia 1. marca r. b. rozpoczną się 4-tygodniowe dzienne zajęcia praktyczne (od 9—12 rano) dla asystentów i laborantów w zakresie pomocniczych prac szpitalno-laboratoryjnych.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 24. II. do 3. III. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy — † —, duru wysypkowego 2 † —, róży —.
Dr Trenkner.

Wilno. Dr Aleksander Wojnicz, wielce zasłużony na polu społecznem i lekarskiem, obchodzi w r. b. 35-lecie pracy zawodowej. Urodzony 2. listopada 1843 r. w Wilnie, szkoły średnie, ukończył w Słucku, poczem odbywszy studya przyrodnicze w uniwersytecie petersburskim, uzyskał tam stopień kandydata nauk przyrodniczych w r. 1873. Następnie studyował medycynę w Akademii medykochirurgicznej, którą ukończył w r. 1878 »cum eximia laude«, pracując w tym czasie jako asystent katedry fizyologii pod kierunkiem Prof. Woroszyłowa i Tarchanowa. Pozostając następnie w służbie państwowej, wykonał Dr Wojnicz chlubnie szereg trudnych zadań: zorganizował wydział lekarsko-sanitarny brygady artyleryi na wojnę turecko-rosyjską, zwalczał epidemię duru w armii, następnie w r. 1879 został wysłany do walki z dżumą w gub. Astrachańskiej, potem zbadał warunki sanitarne Kałmuków i ziemi Kozaków dońskich, co zjednało mu podziękowanie ministra wojny. W r. 1880 na własne żądanie otrzymał posadę lekarza wojskowego w Wilnie, którego już odtąd nie opuszczał, z poświęceniem pracując dla dobra rodzinnego miasta i dla utrzymania tradycyi Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego. Jego wyłącznie zasługą jest podtrzymywanie bytu tego Towarzystwa w czasach najtrudniejszych, kolejno był bibliotekarzem, sekretarzem, wiceprezesem, od r. 1902 prezesem Towarzystwa, które też w uznaniu zasług, podobnie jak Towarzystwo lek. krakowskie, mianowało go członkiem honorowym. Założył pierwszą w Wilnie pracownię, zrazu prywatną, od r. 1886 przekształconą na pracownię dyagnostyczną przy Towarzystwie lekarskiem. W pracowni tej skupić umiał młodych lekarzy, dając im sposobność do studyów i kształcenia się i wykonał szereg cennych badań higienicznych stosunków Wilna. Po dłuższych usiłowaniach wykołatał w r. 1908 stacyę analityczną miejską, którą też sam do obecnej chwili kieruje. Równocześnie czynny był na wielu polach pracy społecznej.

Zasłużonemu Jubilatowi przesyłamy najserdeczniejsze życzenia i wyrazy hołdu.

— W okolicy Wilna otwarł Dr Bagieński prywatne sanatoryum dla chorych gruźliczych.

Z różnych stron. Otwierając nową kadencyę Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu 8. II. b. r. wymienił minister spraw wewnętrznych następujące przedmioty, którymi Rada wkrótce ma się zająć: uregulowanie sprawy dozorców chorych (nauka, egzamina), zwalczanie chorób zakaźnych (na zasadzie nowej ustawy), ustawy o zwalczaniu gruźlicy i kiły, reforma statystyki sanitarnej, reforma przepisów o postępowaniu ze zwłokami, reforma wykształcenia lekarzy urzędowych (egzaminów fizykackich).

— »Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego« ukonstytuowała się na rok 1913 i rozpoczęła swoje czynności. Wytwórcy polscy, chcący uzyskać ocenę i polecenia swoich wyrobów, zechcą zgłosić się pod adresem przewodniczącego: Dr Kwiatkiewicz, Lwów, ul. Zyblikiewicza 12.

— Liczba lekarzy w Austryi wynosi obecnie 13.599, to jest 4·68 na 10.000 mieszkańców. W ostatnim roku wzrosła ona o 2·5% (wobec wzrostu ludności o 0·9%), dalej zaś będzie wzrastać bardzo szybko, bo liczba słuchaczy medycyny w ostatnich 8 latach wzrosła o 125%, a większość lekarzy w Austryi obecnie żyjących ma tylko 30—45 lat. Liczba lekarzy wzrasta głównie w wielkich miastach, na prowincyi zaś zmniejsza się i z końcem r. 1912 było w Austryi 190 posad lekarzy gminnych nieobsadzonych. Lekarek jest obecnie w Austryi 125, głównie w Wiedniu i w Galicyi.

— Do Rady miejskiej we Lwowie wybrani zostali czterej lekarze: Dr Mikołajski, Piasecki, Pisek, Starzewski.

— Na wystawie historyczno-lekarskiej w czasie międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Londynie w r. 1913 znajdować się będą m. i. liczne pamiątki po Jennerze, wynalazcy szczepienia, dalej obfity zbiór przedmiotów i dokumentów do historyi narkozy i znieczulania. Zarząd wystawy uprasza posiadaczy odpowiednich na wystawę przedmiotów o wypożyczenie ich na wystawę. Wyjaśnień udziela »The Secretary of Historical Medical Museum, London W. 54 A. Wigmore Street«.

— Porażenie postępujące uważano dotąd powszechnie za sprawę metakiłową. Obecnie stwierdzić zdołał Noguchi w Nowym Yorku w 12 na 71 badanych przez siebie przypadków porażenia postępującego obecność krętków bladych w tkance mózgowej, co dowodzi, że choroba ta nie jest sprawą następową, metakiłową, ale czynną jeszcze sprawą zakaźną. Preparaty Noguchiego przedstawił Ehrlich w Towarzystwie lekarskiem we Frankfurcie n/M. 13. II. b. r.

— Uniwersytet we Frankfurcie n/M. otwarty zostanie w jesieni 1914.

— Uchwaloną przez austryacką Izbę posłów ustawę o chorobach zakaźnych przyjęła już także Izba panów, tak, że do wejścia ustawy w życie potrzeba już tylko sankcyi cesarskiej.

Mianowani: fizyolog doc. Schöndorff w Bonn profesorem, patolog prof. Henke (z Królewca) profesorem we Wrocławiu, patolog prof. Lubarsch (z Düsseldorfu) profesorem w Kiel, patolog prof. Jores (z Kolonii) profesorem w Marburgu, pedyatra prof. Thiemich (z Magdeburga) profesorem w Lipsku, patolog prof. M. B. Schmidt (z Marburga) profesorem w Würzburgu, okulista prof. Scimeni z Messyny profesorem w Palermo.

Zmarli: Dr Maurycy Landesberg, lekarz miejski z Załoziec w Wiedniu; Dr Wacław Hanicki w 42 r. ż. w Warszawie.

Bibliografia.

»**Paris medical**« poświęcił swój pierwszy zeszyt marcowy 1913 w całości dermatologii i syfilidologii. Zeszyt ten zawiera następujące artykuły oryginalne: La dermatologie et la syphiligraphie en 1913 (Revue annuelle). Dr G. Milian. — Les streptococcies epidermiques, Dr Sabouraud. — La gangrène spotanée des organes génitaux chez la femme, Dr Spillmann, Thiry et Benech. — Essai de prophylaxie antivénérienne, Dr Carle. — Remarques sur les dermopathies de quelques États sudaméricains, Dr Balina. — Traitement des phtiriasis, Dr Bodin.

Redaktor odpowiedzialny
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 13. marca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Prof. Bądzyński: Przemiana materyi w ustroju prawidłowym i chorym.

Po posiedzeniu **wieczerza koleżeńska.**

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Purgen poleca Dr Guiseppe Lapponi, przyboczny lekarz Ojca św., do stałego używania w przypadkach otyłości i przewlekłej atonii jelit.

Rok LII. Kraków, dnia 15. marca 1913. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem.

Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro

(na mocy 500 własnych spostrzeżeń)

napisali

Dr Kazimierz Dłuski i Dr Stefan Rudzki

Dyrektor Sanatoryum I. asystent.

Sprawa rozpoznania gruźlicy zapomocą tuberkuliny nie jest ani z teoretycznego, ani z klinicznego stanowiska dostatecznie wyjaśniona.

Badania anatomo patologiczne wykazują nam wprawdzie zmiany, jakie zachodzą wskutek działania tuberkuliny w narządach wewnętrznych, dotniętych gruźlicą; spostrzeganie zaś bezpośrednie wykrywa takie zmiany w tkankach bardziej powierzchownych, naszemu wzrokowi dostępnych. Bliższe jednak działanie tuberkuliny na żywe komórki ustroju, czyli jej działanie biologiczne, nie jest dotąd dokładnie wyjaśnione.

Z historyi tuberkuliny wiadomo, że dla rozstrzygnięcia tego zagadnienia usiłowano stworzyć kilka teoryi, które — będąc niejednokrotnie w sprzeczności z sobą — dostatecznie nie tłomaczą różnych znanych objawów klinicznych. Teorya »chemotaktyczna« Hertwiga, która panowała przez lat kilkanaście, została obalona przez teoryę Wassermanna. Ta jednak niedługo zdołała się utrzymać, gdy badania Pirqueta i Wolff-Eisnera namacalnie wykazały, że odczyn tuberkulinowy występuje nietylko w tkankach schorzałych, dotkniętych gruźlicą, lecz ukazuje się wyraźnie w tkankach zdrowych u ludzi i zwierząt, zakażonych gruźlicą. Zachodzi pytanie, czy teorya »allergii« Pirqueta lub teorya »lizyn« Wolff-Eisnera, obaliwszy teoryę Wassermanna, zdołają same wyjaśnić dostatecznie działanie tuberkuliny na ustrój? Obie oparte na doświadczeniu, mając poniekąd wspólny punkt wyjścia biologiczny, tłomaczą nam szeregi zjawisk z dziedziny działania na ustrój obcego białka wogóle, a więc i przetworów z lasecznika gruźlicy. Pozostawiają jednak niektóre pytania bez rozstrzygnięcia, i to pytania ważne, na które klinicysta ma prawo szukać odpowiedzi.

Już dawniej podnosiliśmy ten znany fakt kliniczny, że odczyn tuberkulinowy nie występuje u ciężko chorych z powodu jakoby przeładowania ustroju toksynami gruźliczemi. Tłomaczenie takie nie zgadza się jednak z samą zasadą teoryi Pirqueta, wedle której wprowadzenie wywoływacza do ustroju, posiadającego niweczniki, powinno wywoływać odpowiedni odczyn. Pozostawałoby przypuszczenie, że cały zapas niweczników u ciężko chorych jest związany — jak twierdzi Wolff-Eisner — przez jady gruźlicze. Ale teza taka doświadczalnie dowiedzioną nie jest, są to tylko przypuszczenia.

Możemy dalej wskazać na drugie znane zjawisko, a mianowicie: brak odczynu u zdrowych po kilkakrotnem wstrzyknięciu tuberkuliny. I to zjawisko stoi w sprzeczności z teoryą Pirqueta, gdyż, zgodnie z nią, jednorazowe wstrzyknięcie tuberkuliny, jako obcego białka, powinno wprowadzić ustrój w stan »allergii«, a więc wprowadzenie doń wywoływacza (antygenu) w postaci tuberkuliny przy następnem wstrzyknięciu, dać powinno odczyn. Dzieje się jednak inaczej. Dla czego? Na pytanie to nie mamy dziś zadowalniającej odpowiedzi.

Ale pomijając już niedostateczność teoryi Pirqueta i Wolff-Eisnera dla wytłomaczenia takich znanych zjawisk klinicznych, spotykamy w ostatnich czasach nową jeszcze teoryę Friedbergera, opartą na wynalezionej przez niego anafilatoksynie. Jeśli teorya ta, którą spotkała już ostra krytyka, ostatecznie się utrzyma, to dwie wyżej wymienione teorye muszą doznać znacznej modyfikacyi. Badania i doświadczenia Friedbergera wykazują, że odczyn występuje nie wskutek samego z e t k n i ę c i a wywoływacza z niwecznikiem, lecz że główną rolę odgrywa dopełniacz i to dla tego, że przy związaniu białka z anti-białkiem wyzwala odrębne ciało trujące: anafilatoksynę. Wykrycie tego ciała rzuca nowe światło na całą sprawę anafilaksyi, a tem samem i na odczyn tuberkulinowy, będący tylko jednem z ogniw w łańcuchu wielce złożonych i niewyjaśnionych dotąd zjawisk biologicznych. Istotnie, od czasów wynalezienia tuberkuliny i pierwszego jej stosowania dla celów rozpoznawczych [1]), zasadnicza jej rola polega na tem, aby przez odpowiedni odczyn dać możność wykrycia gruźlicy tam, gdzie środki fizycznego badania, przy nieobecności lasecznika Kocha w wydzielinach ustroju, okazują się niedostateczne. Taka jednak ogólna formuła ze stanowiska klinicznego musi być rozszerzoną do dalszych granic. Pomijając już szczegóły, dotkniemy rzeczy ważniejszych. Przede-

[1]) O leczniczem jej stosowaniu, jako nie wchodzącem w ramy naszej pracy, nie mówimy.

wszystkiem pamiętać należy, iż zasadniczą cechą odczynu powinna być jego swoistość. Zasada ta jednak, jak wykazuje klinika w świetle całej historyi tuberkuliny, ma dość liczne i dobrze znane wyjątki. Mówić o nich zbyteczna.

Co się tyczy rozpoznawczego stosowania maści Moro, napotykamy również dość jaskrawe wyjątki.

Moro sam zaznacza, iż znajdował odczyn tuberkulinowy u ozdrowieńców po płonicy, po plamicy (purpura) — 11 dodatnich wyników na 14 prób z maścią — po pląsawicy i t. d. u osobników, klinicznie niepodejrzanych o gruźlicę. Jest to więc już słaba strona tej nowej metody rozpoznawczej. Możnaby ją do pewnego stopnia pominąć, gdyby jednocześnie nie chodziło o rzecz jeszcze ważniejszą ze stanowiska i klinicznego i społecznego, a mianowicie: czy tuberkulina ujawnia nam ogniska ukryte czynne lub nawpółczynne, niedostępne fizycznemu badaniu, czy też także i ogniska nieczynne, wyleczone, które żadnego życiowego znaczenia dla danego osobnika nie mają, a są, zgodnie z badaniami Naegeliego i innych, takiem częstem zjawiskiem.

Gdy forma rozpoznawczego stosowania tuberkuliny ograniczała się do wstrzyknięć podskórnych wedle metody i techniki Kocha i jego szkoły, cały szereg poważnych klinicystów, jak A. Schmidt, A. Fraenkel, Cornet i inni, ostrze swej krytyki wymierzyli właśnie w te słabe strony odczynu tuberkulinowego. Z ówczesnego piśmiennictwa wiadomo, iż stawiali oni właśnie dwa główne zarzuty rozpoznawczemu stosowaniu tuberkuliny: brak swoistości i wykrywanie ognisk nieczynnych u osobników klinicznie zdrowych, nie wymagających leczenia. Dziś, gdy formy stosowania są więcej różnorodne, dawna krytyka, lecz już na podstawie nowych naukowych danych, zachowała swe prawa. Istotnie badania Enza, Rollego, Sorgo, Krausa-Volka-Loewensteina zachwiały mocno swoistość odczynu tuberkulinowego i pojęcie anafilaksyi, jako podstawy tego odczynu, sprowadzając istotę jego przeważnie do zmian miejscowych, jakie pod wpływem danych warunków zachodzą w skórze. Wchodzić w szczegóły nie będziemy, bo przekraczałoby to ramy naszego artykułu. Zaznaczamy tylko, jak pojęcia o odczynie tuberkulinowym wciąż się zmieniają i wikłają; z drugiej znów strony, na podstawie dostępnego nam piśmiennictwa widzimy, jak naogół niezgodne są wyniki liczbowe u różnych badaczy przy stosowaniu próby Pirqueta, Wolffa-Eisnera lub Moro. Ale co ważniejsza, to różne próby dają wynik ujemny, gdy ustrój istotnie dotknięty jest gruźlicą. Wprawdzie autorowie zgadzają się na tym punkcie, że w ciężkich przypadkach — zwłaszcza w gruźlicy prosówkowej i zapaleniu opon mózgowych — próba tuberkulinowa w jej różnych postaciach wypada zazwyczaj ujemnie, ale poza obrębem tych ciężkich form gruźlicy pozostają przypadki lżejsze z wynikiem ujemnym bez dostatecznego uzasadnienia.

Co się tyczy próby Moro, to u samego autora w dwu jego pracach spotykamy wyniki bardzo różnorodne. Raz u 1034 dzieci widzimy 17% wyników ujemnych przy istnieniu jawnej gruźlicy, (»manifeste Tuberkulose«, dokąd autor wlicza też gruźlicę prosówkową i gruźlicze zapalenie opon) i znów u 388 dzieci 25% ujemnych wyników również przy jawnej gruźlicy.

Z drugiej strony dodatnie wyniki różnych postaci próbnego stosowania tuberkuliny u osób, nie wzbudzających podejrzenia co do gruźlicy, przedstawiają się w świetle cyfr u autorów bardzo rozmaicie. Jako charakterystyczne przykłady możemy przytoczyć cyfry Emmericha: u niepodejrzanych co do gruźlicy Pirquet 73%, Moro 32% dodatnich wyników. Z tej też racyi Emmerich dodatniej próbie Pirqueta odmawia niemal wszelkiego znaczenia.

Rolly u niepodejrzanych spotyka próbę Pirqueta dodatnią w 80% i z tej przyczyny uważa próbę Pirqueta (jak również Moro i Wolff-Eisnera) za zbyteczną.

Mayrhofer znów uważa próbę Moro za lepszą od Pirqueta, gdyż nie wykrywa »każdego wyleczonego ogniska«.

Lecz i u samego Moro spotykamy u dzieci niepodejrzanych co do gruźlicy liczbowo różne wyniki z jego maścią w dwu wyżej przytoczonych pracach: 1034 dzieci — 12,5% dodatni, 388 dzieci — 17% dodatni.

Jeszcze większe różnice spotykamy u Moro w tych dwu szeregach badań u podejrzanych co do gruźlicy, a mianowicie: 1034 dzieci — 73.5% dodatni 388 dzieci — 53% dodatni.

Bullinger u podejrzanych (w wieku 16—65 lat) otrzymał 70% dodatnich wyników próby Moro. Heinemann u młodych dorosłych (erwachsene Jugendliche) otrzymał następujące wyniki: 1) u podejrzanych 88% dodatni odczyn Moro; 2) w gruźlicy płuc w trzech okresach razem 70% odczyn Moro dodatni.

Wprawdzie niektórzy autorowie, jak Weil i Lejeune, uważają wynik próby Moro dodatni u niepodejrzanych za ważny skądinąd wskaźnik dla rokowania, gdyż spostrzegali oni, jak w krótkim czasie po wyniku dodatnim występowała u niektórych chorych sprawa gruźlicza w płucach, gruczołach lub jelitach. Wręcz jednak przeciwne w tym względzie stanowisko zajmuje Emmerich, uważając właśnie za słabą stronę próby Moro tę okoliczność, iż wykrywa ona ukryte ogniska (»latente Herde«)[2]. Uznaje to zresztą sam Moro i twierdzi, że wynik dodatni jego próby wykazuje: jawną gruźlicę prawie bez wyjątku, bardzo często ukrytą, czasem zaś wyleczone ogniska[3]. Z drugiej strony Kanitz i Monti uważają odczyn Moro za odczyn słabszy od odczynu Pirqueta z tego powodu, że wypada ujemnie przy jawnej gruźlicy. Rolly zaś twierdzi, że odczyn Moro nie daje żadnych wyników pewnych, zarówno dla jawnych, jak i ukrytych ognisk.

Jeśli dotknąć tych ważnych stron odczynu tuberkulinowego, to widzimy wielką niezgodność u autorów przy zestawianiu wyników próby Moro z innemi postaciami próby tuberkulinowej. Jeden Wolff-Eisner tylko twierdzi stanowczo, wbrew innym badaczom, że jego próba spojówkowa jest ze wszystkich najpewniejszą dla różniczkowego rozpoznania gruźlicy czynnej od nieczynnej, gdyż wykrywa tylko czynną gruźlicę, czyli słowami autora: »ujawnia czynność ognisk gruźliczych« (»Offenbarung der Aktivität tuberkulöser Herde«).

Koniec końców w dwóch zasadniczych zagadnieniach klinicznych: 1° czy odczyn tuberkulinowy dodatni wykrywa ogniska czynne, a więc chore i domagające się leczenia,

[2]) Z treści artykułu wynika, iż pod słowem »latente« należy rozumieć ogniska nieczynne.

[3]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. Bd. XII. 245.

2° czy odczyn ujemny pozwala i w jakich rozmiarach wyłączyć gruźlicę, — spotykamy dość wybitne sprzeczności zarówno w próbie Moro, jak i w innych.

W ostatnich już czasach tak poważny autor, jak Hamburger, usiłuje dowieść, że najczulszą próbą, a więc czulszą od prób Pirqueta, Wolff-Eisnera i Moro, jest tak zwana »Stichreaktion«, która niejednokrotnie wypada dodatnio tam, gdzie poprzednie próby dawały wyniki ujemne. To samo znów powiadają o śródskórnej próbie Mantoux, Römer i Engel, twierdząc, że próba ta daje dodatnie wyniki tam, gdzie wszelkie poprzednio wyliczone zawodzą. (Znalazła ona u nas gorącego zwolennika w Piotrowskim, patrz »Gaz. lek.« 1910 Nr 25).

Wobec naszkicowanej w bardzo ogólnych zarysach sprawy rozpoznania gruźlicy zapomocą tuberkuliny, wobec tego, że klinika nie ustaliła dotąd, która postać stosowania jej daje najbardziej pewne wyniki, zwróciliśmy się do maści Moro, jako najmniej uciążliwej dla chorych i nie dającej przytem żadnych powikłań.

Celem naszym ze stanowiska klinicznego było potwierdzenie rozpoznania w tych przypadkach, gdzie fizyczne badanie, przy nieobecności lasecznika Kocha, przemawiało za istnieniem ogniska gruźliczego w płucach lub gruczołach. Jednocześnie pragnęliśmy sprawdzić, o ile wynik dodatni próby Moro w rozmaitych swych stopniach lub ujemny przy jednorazowem lub wielokrotnem stosowaniu maści zgadzał się z dalszym przebiegiem klinicznym, czyli, jaką rolę można przypisać próbie Moro pod względem rokowania.

Materyał nasz składa się z 500 chorych, leczonych w Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem Dokonaliśmy próby Moro na kilkudziesięciu osobach z pośród chorych prywatnych, oraz personalu sanatoryjnego (lekarze, służba), lecz dla jednolitości materyału ograniczamy się do podania wyników doświadczeń na 500 chorych z Sanatoryum, spostrzeganych przez czas dłuższy w jednakowych warunkach. Chorych nie dobieraliśmy, przeciwnie, badania nasze dokonywane były przez pewien czas na wszystkich lub znacznej większości chorych, leczących się w Sanatoryum w danym okresie.

Z omawianych 500 chorych było 253 mężczyzn i 247 kobiet. Co do wieku mieliśmy w tej liczbie także 14 dzieci poniżej 15 lat; reszta 486 byli to ludzie dorośli.

Liczba naszych badań jest wogóle największa w dostępnem nam piśmiennictwie po materyale samego Moro, który opierał się na 1034 przypadkach, ale wyłącznie u dzieci. Z innych autorów Kanitz n. p. podaje 350 spostrzeżeń (na dorosłych i dzieciach), Monti 301 (tylko dzieci), Emmerich 241 (włącznie dorośli) i t. d. i t. d., wreszcie najmniejszą liczbę spotykamy u Lejeunea (27 przypadków u dorosłych).

Materyał nasz tem jeszcze odróżnia się od podanego przez innych autorów, że składa się wyłącznie z osób gruźliczych, a więc góruje nietylko ilością, lecz i jednolitością nad innemi spostrzeżeniami, znanemi nam z piśmiennictwa tego przedmiotu. (Kanitz miał 98 przypadków pewnej gruźlicy, Moro 96, Emmerich 46 i t. d. i t. d., najmniej Lejeune 13).

Wszyscy nasi chorzy dotknięci byli gruźlicą płuc w mniejszym lub większym stopniu. Podług klasyfikacyi Turbana: 257 przypadało na I okres (51,5%), 157 na II (31,5%), 86 na III (17%).

Rozpoznanie kliniczne potwierdzone zostało wykryciem w plwocinie prątków Kocha u 246 chorych, czyli w 49%. U 481 chorych, t. j. w 96% sprawa gruźlicza była czynna ze stanami gorączkowymi lub podgorączkowymi, u 15 (3%) półczynna i tylko u 4 (mniej niż 1%) uznać mogliśmy sprawę za nieczynną.

Prócz gruźlicy płuc mieliśmy w wielu przypadkach powikłania ze strony innych narządów (gruźlicę krtani u 21 chorych, jelit u 6, nerek u 7, gruczołów zewnętrznych u 12, gruźlicę kości u 4, otrzewnej u 3 i po jednym przypadku gruźlicy opon mózgowych, języka, nadnerczy i jąder).

Doświadczenia nasze na tym materyale prowadziliśmy od listopada 1909 r. do grudnia 1911 r., t. j. w ciągu przeszło dwóch lat. Dokonaliśmy w tym czasie na 500 chorych 579 wcierań maści Moro (u 432 chorych po razu, u 61 po 2 razy, u 7 po 3, u jednego 4).

W technice odczynu trzymaliśmy się ściśle wskazówek samego Moro, uważając, że kontrola metody autora może być dokładną tylko przy zupełnem przestrzeganiu jego przepisów.

Wcieraliśmy zwykle kawałeczek maści [4]) wielkości grochu w skórę brzucha w dołku podsercowym lub w skórę piersi koło brodawki sutkowej. Zaledwo w kilku przypadkach próbowaliśmy dokonać odczynu na skórze przedramienia i zgodzić się musieliśmy z Moro, iż miejsce to jest mniej wrażliwe.

Wyborowi miejsca do wcierania nadaje Moro wielkie znaczenie i polemizując z Kanitzem, który otrzymał niepewne wyniki, przypisuje je niewłaściwej technice (»Alle diese Unstimmigkeiten erklären sich damit, dass Kanitz als Stelle der Einreibung »oft« die Haut des Unterarmes wählte«). Podnosi przytem Moro fakt, iż »przy porównawczych pierwotnych jego badaniach okazało się, że najbliżej leżące i najwygodniejsze miejsce do wcierania — skóra przedramienia — mało nadaje się do odczynu: przy wyraźnym bowiem odczynie na widocznie wrażliwej skórze brzucha, odczyn ten kilkakrotnie zupełnie nie występował na przedramieniu [5])«. Częstość ujemnego odczynu z maścią przy klinicznie stwierdzonej gruźlicy w przypadkach Bandeliera i Roepkego objaśnia Moro również wcieraniem w skórę przedramienia.

Z drugiej strony Wetzel wypowiada się za wcieraniem maści w przedramię po stronie zginaczy, jako w miejsce mało uwłosione; również i Kanitz obrał przedramię, gdyż »na owłosionych częściach skóry powstają często po wcieraniu tuberkuliny zapalenia mieszków włosowych, mogące wprowadzić w błąd«.

Natomiast W. Eisner stwierdza na mocy swych doświadczeń, iż »maść tuberkulinowa nie wchodzi wcale w skórę

[4]) Maść przyrządzoną według recepty Moro (Alttuberkulin Koch 5 cm³ Lanolini anhydrici 5 gr.), sprowadzaliśmy przeważnie z Monachium (Kronenapotheke Lindwarmstrasse) w małych tubkach cynowych, zawierających po 2 gramy. Okazała się ona daleko praktyczniejszą zarówno co do przechowywania, jak i sposobu użycia, od dostarczanej przez wiedeńskie apteki w większych flakonikach.

[5]) Beitr. z Kl. d. Tbc. Bd. XII. s. 251.

i wtedy tylko działanie jej jest widoczne, jeśli wetrzeć ją w mieszki włosowe« [6]).

Na ważność techniki wcierania zwracają uwagę różni autorzy, między innymi Bullinger, który wyraża się, iż »właściwości skóry, długość i sposób wcierania odgrywa wielką rolę«. Wolff-Eisner wysuwa rolę techniki na pierwszy plan i twierdzi, że »wyniki odczynu z maścią tuberkulinową od niej przedewszystkiem zależą«: opiera się on na tem, że w pewnych przypadkach otrzymywał ujemne wyniki, gdy zgodnie z radą Moro wcierał kawałeczek maści wielkości grochu w ciągu $^3/_4$ minuty, dodatni zaś odczyn występował, jeśli wcierał silnie »nieco większą ilość« w ciągu 3 minut [7]).

(C. d. n.).

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Z objawów ocznych, którym podobne pochodzenie przypisywać można, najpewniejszym jest pod tym względem objaw wysadzenia gałek. Mięsień Müller-Landströma, właściwy »protrusor bulbi«, otrzymuje gałązki nerwowe z układu współczulnego i podlega niewątpliwie współczulnym impulsom nerwowym. Na karb tych podniet położyć można z wielkiem prawdopodobieństwem spostrzegane dość często znaczne rozszerzenie źrenic bądź to umiarowe, bądź też bardziej jednostronne. W ten sam sposób pojmuje Kraus [67]) także rozszerzenie szpary powiekowej i retrakcyę błonki mrużnej (m. nictitans), zjawiska, które niemal stale spostrzegał u zwierząt, po wstrzykiwaniach soku, wyciśniętego z tarczycy i zmieszanego z prawidłową surowicą krwi (Kraus i Friedenthal [68]).

Że tarczycę łączą bezpośrednie stosunki z tą częścią układu współczulnego, która zaopatruje w gałązki nerwowe narząd krążenia i oko, o tem przekonać się można także na podstawie doświadczeń, posługujących się i na tem polu adrenaliną, jako wskaźnikiem działania.

Z badań Eppingera, Falty i Rudingera [69]) wiemy, że znany wpływ nadnerczyny na parcie krwi zaznacza się u zwierząt, pozbawionych tarczycy, nader tylko słabo. Wystarczy jednak zapomocą atropiny porazić układ autonomiczny, aby po tych samych dawkach nadnerczyny otrzymać zwyczajny wzrost parcia. To samo dzieje się przy karmieniu zwierząt tarczycą. Nie inaczej zachowuje się odczyn oczny O. Löviego [70]). Nie ma go u chorych na obrzęk śluzowaty, ani u zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczowego; pojawia się w stanach samorodnej, albo sztucznej hipertyreoidyzacyi. Asher i Rodt [71]) wykazali zresztą przez bezpośrednie drażnienie n. trzewnego (n. splanchnicus), a więc jednej z gałęzi, należących do układu współczulnego, że wrażliwość jego na podniety mechaniczne i elektryczne wzmaga się wcale znacznie po wprowadzeniu do ustroju zwierząt wyciągów z tarczycy.

Wszystko to nie wyczerpuje jednak jeszcze objawów, spotykanych w chorobie Basedowa i przy zatruciach tarczycowych.

Eppinger i Hess [72]) dochodzą na podstawie krytycznego przeglądu zjawisk choroby Basedowa do wniosku, że wszystkie objawy trzeba uszeregować w dwóch grupach. Jedne z nich, — o najważniejszych mówiliśmy wyżej, — poczytują za wynik stałego podniecania układu współczulnego, inne zaliczają do następstw nadmiernego nerwowego napięcia w układzie autonomicznym. Do tej drugiej grupy należałby objaw Graefego i Stellwaga, ślinotok, nadmierne wydzielanie potu, biegunki; doliczyćby do nich można jeszcze zjawianie się fal tętna, właściwych podrażnieniu n. błędnego, zmienność szerokości tętnic, napięcia i częstości tętna, zjawiska, przydarzające się, jak to miałem [73]) sposobność przekonać się niejednokrotnie, zwłaszcza w tych przypadkach, w których objawy stałego podniecenia układu współczulnego nie są nazbyt wybitne. Ciż sami autorowie podnoszą nadto z naciskiem znany zresztą dostatecznie fakt, że obraz choroby bywa wogóle zmienny, że objawy w rozmaitych przypadkach występują z różnem nasileniem co do stopnia i trwałości, że rozmaicie się przytem szeregują. W jednych spostrzeżeniach zaznaczają się nader wyraźnie znamiona podniecenia układu współczulnego, w innych układu autonomicznego. Śledząc dalej za tymi szczegółami, znaleźli Eppinger i Hess, że przypuszczalne większe napięcie jednego lub drugiego układu nerwowego odzwierciedla się wyraźnie w oddziaływaniu ustroju na trucizny wegetatywne. Tam gdzie w zespole objawów przeważają objawy podniecenia nerwu współczulnego, wywołuje adrenalina łatwo cukromocz i rozszerzenie źrenicy sposobem Löviego, często niemiłe zjawiska ze strony narządu krążenia; pilokarpina nie działa w zwykłych dawkach zupełnie. W przypadkach zaś, gdzie zaznaczają się wyraźnie znamiona podniecenia autonomicznego, dzieje się przeciwnie, wpływ adrenaliny jest nieznaczny, pilokarpina działa za to wybitnie. Poznanie tych szczegółów doprowadziło do wyodrębnienia t. zw. »wagotonicznej« postaci choroby Basedowa.

Spostrzeżenia kliniczne, mówiące o objawach, które wskazują na podniecanie układu autonomicznego, znajdują zresztą niewątpliwe oparcie dla wysnuwanych z nich wniosków w wynikach badań medycyny doświadczalnej nad gruczołem tarczowym.

W celu poznania wpływu tarczycy na krążenie rozpoczął je i na szeroką skalę prowadził Cyon [74]). Później powtarzano je wielokrotnie, uzupełniano i rozszerzano. Nagromadzony materyał literacki jest obecnie ogromnie, może nawet nadmiernie obszerny, a sprawa cała jeszcze nie załatwiona ostatecznie. Ale pomimo tego, że nie możemy o niej mówić jako o rzeczy zupełnie już rozjaśnionej, mimo różnic, a nawet wprost sprzeczności między wynikami różnych badaczy, to jedno jest pewne, że wydzielina tarczycy wywiera pewien wpływ także na układ autonomiczny, i to wpływ podniecający. Wyrazem tego wpływu jest według Cyona obniżenie parcia krwi, znaczniejsza pobudliwość ser-

[6]) Berl. kl. Woch. 1908 Nr 30.

[7]) Ważne byłoby wiedzieć, w jakim odstępie czasu u tego samego osobnika powtarzał W. Eisner wcieranie maści tuberkulinowej; niestety autor pomija to pytanie.

[67]) Kraus. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Medizin 1906 Str. 23.

[68]) Kraus i Friedenthal. Berl. klin. Wochenschrift 1908 str. 1709.

[69]) Eppinger, Falta, Rudinger. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Med. 1908 str. 354.

[70]) O. Lövi l. c.

[71]) Asher i Rodt. Zentrbl. f. die experim. Medizin. 1912. T. II. Str. 451.

[72]) Eppinger i Hess. Verhandl. des Kongr. f. inn. Medizin. 1909 Str. 385.

[73]) L. Korczyński. Choroba Basedowa. Rozpr. z zakresu medyc. prakt. S. II. Z. 8. 1895.

[74]) v. Cyon. Centrblt. f. die Physiologie. T. XI. str. 279; Pflügers Archiv. T. LXX str. 511; Die Gefässdrüsen als regulatorische Schutzorgane des Zentralnervensystems. Berlin 1910.

cowych zakończeń nerwu błędnego, pojawianie się fal tętna, właściwych podrażnieniu n. błędnego (Vaguspuls). Za objaw tego samego podniecenia możnaby poczytać także drżenie rąk i włókienkowe drgania pęczków mięśniowych, a to na podstawie znajomości działania ezeryny na mięśnie, o którem mówiliśmy na wstępie.

O wpływie przetworów tarczycy na napięcie układu autonomicznego zdają się świadczyć bardzo niedawne badania Coronediego [75]). Na podstawie krótkiego referatu nie można sobie wprawdzie wyrobić zupełnie dokładnego sądu o przebiegu doświadczeń, ale w każdym razie zasługuje na podniesienie fakt, że tak w przypadkach chery po wycięciu tarczycy, jak i w przypadkach obrzęku śluzowatego stwierdzano małą pobudliwość nerwu błędnego. W tym samym duchu pojmować można także doświadczenia Nürnberga [76]), wykonywane na psach z przetoką jelitową względnie trzustkową. Po podaniu jodtyreoglobuliny występowało wybitne wydzielanie soku jelitowego i trzustkowego nietylko podczas trawienia, ale jeszcze przez pewien czas po jego ukończeniu, a więc zjawiał się ten sam skutek, który znamy jako następstwo działania znanych trucizn autonomicznych.

Na uwagę zasługuje także sprawozdanie Bauera [77]) na ostatnim Zjeździe internistów niemieckich o nagminnym wolu. Kreśląc obraz najczęściej spostrzeganych objawów wymienił Bauer objaw Möbiusa, przydarzający się w 75% wszystkich przypadków. Pojmujemy go jako następstwo małego napięcia ocznych gałązek układu autonomicznego. Jeśli więc wól endemiczny, sprawa polegająca na zwyrodnieniu i niedostatecznej czynności tarczycy, wiedzie do osłabienia tego napięcia, to zupełnie słusznie przypuszczać można, że wydzielina tarczycy wywiera na tonus fizyologiczny nerwu błędnego niewątpliwy wpływ. Przemawia za nim także antagonizm między atropiną i sokiem z tarczycy odkryty przez Cyona, a następnie wielokrotnie potwierdzony, między innymi także przez Boruttaua, Krausa i Friedenthala, Ashera i t. d.

Zestawiwszy skutki działania przetworów tarczycy na ustrój ludzki i zwierzęcy z wiadomościami naszemi o wzajemnym stosunku obu wegetatywnych układów nerwowych, widzimy, że te skutki są nietylko bardzo wielorakie, ale nawet w pewnych kierunkach wprost rozbieżne. Jedna i ta sama istota działa na dwie organizacye, spełniające rolę antagonistów. Nie godzi się to z pojęciami fizyologicznej dynamiki i prowadzić musi do bardzo uzasadnionego przypuszczenia, że w przetworach, otrzymywanych z tarczycy nie mamy bynajmniej jednolitego ciała, lecz mieszaninę ciał o różnych fizyologicznych własnościach. Stajemy w ten sposób na stanowisku poliwalencyi dynamobiologicznej wydzieliny gruczołu tarczowego. I za taką jej »wielosilnością« oświadcza się znaczna liczba badaczy, między nimi Kraus, Friedenthal, Falta z gronem swych współpracowników, w ostatnich czasach przyłączają się do tego samego grona Asher i Rodt. Przemawia za nią bardzo wiele danych. Ale, aby jej istnienie zupełnie ściśle udowodnić, na to trzeba poznać dokładnie chemiczny skład ciał, działających w tarczycy, rozdzielić je i działanie każdego zbadać z osobna, a wreszcie dojść do tych wyników, do których doszła chemia, zajmująca się wyciągami z nadnerczy, t. j. nauczyć się robić sztuczne hormony tarczycowe. Do tego zdaje się dość nam jeszcze daleko, a to tembardziej, że nawet to, co dotychczas uchodziło za pewne, podlega krytyce. I tak do niedawna jeszcze poczytywano jodotyrynę za najistotniejszy wytwór gruczołu tarczowego. Nowsze prace zaczynają temu przeczyć. Według v. Fürtha i Schwarza [78]) nie jest ona niczem innem, jak tylko najodowaną melanoidyną, którą otrzymać można także z białka surowiczego. Działanie tej sztucznej tyrojodyny na narząd krążenia nie różni się według tychże autorów zupełnie od działania tyrojodyny, otrzymanej z tarczycy. Zresztą już przed Fürthem i Schwarzem otrzymali S. Izaak i R. v. der Velden [79]) z całego szeregu ciał białkowatych, jak białko kurze, krystaliczna albumina, globulina, proto- i deuteroalbumoza, pepton Wittego, przez jodowanie związki, które obniżają parcie krwi i wzniecają fale tętna czynnościowego (Vaguspuls). Właściwa jodotyryna straciłby wobec tego musiała znaczenie swoistego przetworu tarczycowego. Wyłączne znaczenie dynamofizyologiczne dla układu autonomicznego straciłaby tem rychlej, skoro przez odkrycie w tarczycy znaczniejszych ilości choliny działanie przetworów z gruczołu tarczowego na układ autonomiczny już obecnie przez wielu badaczy nie jest poczytywane za bezwzględnie swoiste. Punktów spornych jest zresztą więcej jeszcze, i nietylko w dziedzinie badań odnoszących się do tarczycy. Nawet sprawa układu chromochłonnego, którą przyzwyczailiśmy się uważać pod wielu względami za zupełnie skończoną, a zdobyte długą pracą wiadomości za trwały dorobek nauki, spotyka się z krytyką bardzo poważnych badaczy. Świadczy o tem między innemi niedawna praca Popielskiego [80]) o wewnętrznem wydzielaniu nadnerczy.

Nad wszystkiemi temi zagadnieniami i nad rozprawami, które się poruszają w innych kierunkach, nie wolno żadną miarą przechodzić do porządku dziennego. Ale byłoby niewątpliwie przedwcześnie porzucać to, co nam dały całe szeregi pracowitych badań dawniejszych i nowych, zajmujących się tarczycą i jej stosunkiem do układu wegetatywnego. A z badań tych wynika, zdaje mi się z całą pewnością, że tarczyca wywiera wielki wpływ na cały szereg spraw wegetatywnych i to według wielkiego prawdopodobieństwa, za pośrednictwem może wegetatywnego układu nerwowego. Wpływ ten jest w pewnej części bezpośredni, w innej znów pośredni, zależy, jak to mieliśmy sposobność zaznaczyć, od oddziaływania tarczycy na układ chromochłonny. Odnosi się to tak dobrze do spraw fizyologicznych, jak i do patologii.

Dla uzasadnienia współudziału obu narządów w tym ostatnim zakresie zyskała nauka nie tak dawno nowe oparcie w odkrytej przez Krausa i Friedenthala [81]), dokładnie zbadanej przez Fraenkla [82]), adrenalinemii krwi chorych na chorobę Basedowa. Współdziałanie takie przyjmuje Kraus [83]) istotnie, tłómacząc całokształt objawów choroby Basedowa. Zgodnie z panującemi zapatrywaniami uważa za sprawę pierwotną nadmierną czynność tarczycy i przeładowanie ustroju wytworami tarczycowymi. Dalszem następstwem przesycenia jest wzmożona czynność układu chromochłonnego, nadmiar nadnerczyny we krwi i nadmierne podniecenie nerwów współczulnych.

W związku z tem zapatrywaniem godzi się przypomnieć sprawozdanie Feilera [84]) o przypadku przewlekłego zatrucia nadnerczyną, wywołanego przez wkraplanie leku do oka. Z sercowych objawów uderzają: znaczny wzrost parcia krwi, bicie serca, duszność powstająca po większych ruchach, stałe przyspieszenie czynności serca. Oprócz tego istniało u chorego zwiększone wydzielanie moczu. Związek tych wszystkich objawów z działaniem nadnerczyny już sam przez się nie mógł ulegać wątpliwości. Uzasadniła go nadto wybitna poprawa, która nastała po zupełnem zaniechaniu wkraplań nadnerczyny.

Spostrzeżenie powyższe można uważać za prawdziwy

[75]) Coronedi. Kongress-Zentralblatt 1912. T. III. S. 508.
[76]) Nürnberg. Zentrblatt f. die ges. inn. Medizin u. ihre Grenzgebiete. 1912. T. I. S. 432.
[77]) Bauer. Verhandl. des Kongr. f. inn. Med. 1912. S. 545.
[78]) v. Fürth u. Schwarz. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1908. S. 400.
[79]) S. Izaak i R. von der Velden. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1907. S. 307.
[80]) Popielski. Tygodnik lek. lwowski. 1912. S. 341.
[81]) Kraus i Friedenthal. l. c.
[82]) Fraenkel. Arch. f. exp. Pharm. u. Pathol. 1909. T. LX.
[83]) Kraus. Deutsche med. Wochenschrift. 1908. S. 1410.
[84]) Feiler. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Medizin. 1908. S. 367.

eksperyment u człowieka i słusznie korzystać z niego dla tłomaczenia tych objawów sercowych w przebiegu choroby Basedowa, które z nadmierną czynnością tarczycy nie stoją w bezpośrednim związku. Zwłaszcza dla powstawania przerostu serca przyjmowaćby można jako przyczynę następowe podniecenie układu chromochłonnego i adrenalinemię. A wydaje mi się takie pojmowanie rzeczy tembardziej usprawiedliwione, skoro drogą doświadczenia powiodło się istotnie zapomocą powtarzanych wstrzykiwań adrenaliny wywołać przerost serca u zwierząt (E. Męsowicz [85]).

W obrazie choroby Basedowa dopatrywać się więc można żna dwojakich zjawisk. Jedne z nich są pochodzenia czysto tarczycowego, drugie nadnerczowego. Tak samo, jak dla tych drugich znajduje się źródło, w myśl badań Krausa, w adrenalinemii, trzebaby przyczyny pierwszych upatrywać w tyreoidemii, opierając się przytem na badaniach Ashera i Rodta [86]), z których zdaje się wynikać, że w surowicy krwi chorych na chorobę Basedowa znajduje się stale istota, działająca w wartościowych przetworach tarczycy. Obecność jej w krwi sprowadza podrażnienie obu grup nerwów wegetatywnych, podnieca układ chromochłonny do żywszego wydzielania, a nadto, jak utrzymują Asher i Rodt, naczula szereg narządów, na które potem tem silniej działa nadnerczyna.

Skoro już mówimy o współdziałaniu wyciągów z tarczycy i z nadnerczy w dziedzinie patologii, to nie sposób nie wspomnieć jeszcze o doświadczalnej miażdżycy tętnic, występującej u królików po wstrzykiwaniach nadnerczyny i o wpływie równoczesnego stosowania wyciągów z gruczołu tarczowego na rozwój zmian w naczyniach. O takiem skombinowaniu doświadczeń zdają sprawę badania Picka i Pinelesa [87]) z r. 1908 i mówią o znacznie szybszym rozwoju miażdżycy. Siłą rzeczy trzeba więc przyjmować i w tym także kierunku działanie tyreoidozy. Ale jak je pogodzić z wynikami badań doświadczalnych, które wykazały, że miażdżyca rozwija się także u zwierząt, pozbawionych tarczycy i popadających w stan chery tarczycowej? Spostrzeżenia tego rodzaju uczynił pierwszy Eiselsberg [88]), później Pick i Pineles potwierdzili je w zupełności, dodając przytem, że u zwierząt, pozbawionych tarczycy, nie wywołują wstrzykiwania nadnerczyny zmian miażdżycowych, co zresztą już przedtem znaleźli Lortat-Jacob i Sabereanu [89]). Z tymi faktami trzeba się bądź co bądź liczyć, jakkolwiek utrudniają one bardzo oryentacyę w sprawie doświadczalnej miażdżycy. Może dla ułatwienia jej sięgnąćby można do naszych wiadomości o stosunku między tarczycą a przysadką i podnieść zjawianie się, i to stałe, przerostu przysadki po wycięciu całkowitem gruczołu tarczowego. Przerost przysadki i nadmierna jej czynność — »hyperpituitarismus« — mogłyby ewentualnie wchodzić w rachubę jako czynniki pośredniczące w powstawaniu zmian naczyniowych, a to tembardziej, skoro, jak się wkrótce dowiemy, między przysadką a układem chromochłonnym zachodzą bliższe stosunki.

Dotknąwszy przysadki mózgowej w związku z tarczycą i nadnerczami, zaznaczyliśmy już tem samem, że gruczoł ten posiada również niemałe znaczenie dla spraw wegetatywnych i łącznie z poprzednimi kieruje niemi w stanach fizyologicznych, a wpływa na nie niekorzystnie, gdy sam jest chory.

Większe zajęcie obudziła przysadka mózgowa już wtedy, gdy Marie, najpierw sam, w r. 1886, później wspólnie z Marinesco w r. 1891 zwrócił uwagę na zmiany w tym gruczole, spotykane w akromegalii i oświadczył się stanowczo za związkiem przyczynowym między niemi a powstawaniem znanych objawów tej choroby. Było to jednak jeszcze za mało, aby określić dokładnie rolę przysadki w ustroju i wyznaczyć jej właściwe miejsce w fizyologii. Nie wystarczyły na to i prace Olivera i Schäfera o wpływie wyciągów z przysadki na krążenie, mimo, że dla rozwoju późniejszych badań niewątpliwie wielkie miały znaczenie.

Zasadniczy zwrot w poglądach nastał dopiero z chwilą, gdy udoskonalono sposoby operacyjnego usuwania przysadki i udowodniono, że następstwa takiego wycięcia zależą istotnie od braku gruczołu, a nie od przypadkowych obrażeń jego otoczenia. Niewątpliwe zasługi położył w tym kierunku Paulesco [90]), a sposób jego operowania cieszy się największem uznaniem i najliczniejszych ma naśladowców. Polega on na otwarciu drogi przez kość skroniową i odsunięciu zwoju skroniowego ku przeciwnej stronie.

Badania wykonane sposobem Paulesco wykazały, że doszczętne usunięcie przysadki pociąga za sobą śmierć zwierząt użytych do doświadczeń, że więc przysadka jest narządem niezbędnym dla życia. Ważność tę posiada jednak nie cały gruczoł, lecz tylko część przednia, gruczołowa. Część tylną, t. zw. nerwową, usunąć można bez widocznej szkody dla zwierzęcia W ten sposób streścił wyniki swoich badań Paulesco. Widzimy je następnie potwierdzone w doświadczeniach Cushinga [91]), Biedla i Silbermarka [92]), Ascolego i Legnaniego [93]), Crovego, Cushinga, Harveya i Hommansa [95]). Tam, gdzie skutek zabiegu był nieco różny, t. j. gdzie nie następowała bezpośrednio po nim śmierć zwierząt, jak np. w niektórych doświadczeniach Benedicta, Francisa i Hommansa [95]), Morawskiego [96]), Horsleya i Handelsmanna [97]), Aschnera [98]), dotyczyło to albo zupełnie młodych zwierząt, które, o ile chodzi o samo życie, znoszą zabieg o wiele lepiej, albo też mogło być następstwem niezupełnego usunięcia przysadki, okoliczność, podnoszona nawet z naciskiem przez tych autorów, którzy się stanowczo oświadczają za życiową nieodzownością tego gruczołu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr J. Lamberg: **Pierwsza pomoc.** (Leitfaden der ersten Hilfe. Ein Samariterbuch. Stron 275. Wiedeń, Urban i Schwarzenberg. 1913. Cena 6 koron).

Podręcznik Lamberga pierwszej pomocy w nagłych przypadkach zasługuje ze wszech miar na uznanie; widać w nim, że jest on owocem trzydziestoletniej pracy i doświadczenia autora na polu ratownictwa. W formie zwięzłej a jasnej podaje Lamberg najważniejsze szczegóły, nie kierując się przytem żadnym szablonem, często rażącym w podobnych podręcznikach, w których nieraz spotyka się i rzeczy przestarzałe. Lamberg uwzględnia prócz pierwszej

---

85) E. Męsowicz. Przegląd lek. 1909. S. 1.
86) Asher i Rodt. l. c.
87) Pick i Pineles. l. c.
88) v. Eiselsberg. cyt. wedł. Picka i Pinelesa.
89) Lortat-Jacob i Sobereanu. zob. Pick i Pineles.

90) Paulesco. Zentrblt f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1907. S. 490.
91) Cushing. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1810. S. 506. i 1911. S. 171.
92) Biedl i Silbermark. zob. Biedl: Innere Sekretion. 1910. S. 291.
93) Ascoli i Legnani. Münch. med. Wochenschrift. 1912. S. 518.
94) Crove, Cushing, Harvey i Hommans. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1911. S. 562.
95) Benedict, Francis i Hommans. Kongresszentrbl. 1912. T. I. S. 591.
96) Morawski. Neurologia polska. 1912. S. 413.
97) Horsley i Handelsmann. Neurologia polska. 1912. S. 367.
98) Aschner. Kongresszentrbl. 1912. T. II. S. 593.

pomocy również w głównym zarysie pielęgnowanie chorego, a co najważniejsza, także i techniczną stronę ratownictwa, np. ratowanie się z wody, przy załamaniu na lodzie, w czasie pożaru i t. p. Rysunki z natury objaśniają doskonale tekst, a wstęp, podający historyę rozwoju samarytanizmu, jest pożądanem uzupełnieniem. Podręcznik może być bardzo przydatny dla lekarzy, zwłaszcza dla urządzania modnych obecnie kursów samarytańskich. Klęsk.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Schick. **Leczenie raka sposobem Zellera.** (Wien. med. Woch. 1912, Nr 48). Przekonawszy się naocznie u Zellera o skuteczności leczenia raka zapomocą »nacasilicum« i »cinabarsanu«, doszedł S. do wniosku, że leczenie to tam, gdzie nie można operować, powinno być stosowane zupełnie na równi z innymi sposobami, jak radem, promieniami Röntgena, piorunowaniem i t. p. Kombinacya tego sposobu leczenia z operacyą, jakoteż leczenie w celu zapobiegania nawrotom może oddać nieraz cenne usługi. K.

Kafemann. **Nieoperacyjne leczenie raka według zasad heidelberskiego Domu samarytańskiego.** (Med. Klinik, 1913, Nr 5). K. opisuje sposoby leczenia, stosowane w Domu samarytańskim w Heidelbergu, zaczynając od najnowszych. Leczeniem sposobem Zellera nie bardzo jest zachwycony. Pasta arszenikowa działa może dobrze w rakach powierzchownych, wątpliwą jest jednak rzeczą, by działała przy rakach głębszych; przytem zżera ona wszystkie tkanki (nietylko rakową) i wywołać może groźne krwotoki. Działanie krzemu wewnętrznie jest bardzo wątpliwe, przynajmniej próby z nacasilicum nie doprowadziły do żadnych pewnych skutków. Żadnej wartości nie mają surowice podane przez Coleya, Doyena i Schmidta. O wiele pewniejsze wyniki osiąga się przy leczeniu radem, thorem, względnie imitacyą działania promieni, t. j. choliną. Nieraz osiąga się przy tem wyniki, równające się wyleczeniu. Najwięcej nadają się do tego leczenia mięsaki okrągłokomórkowe i wrzecionowatokomórkowe, przy których nieraz i salwarsan skutkuje. Promienie Röntgena działają znów najlepiej przy rakach skórnych i nowotworach limfatycznych, zdarzają się jednak guzy, przy których naświetlanie nic nie pomaga, a nawet szkodzi. Leczenie mesothorem dostępne jest i lekarzom praktycznym ze względu na cenę i łatwy sposób postępowania. Nadają się do tego leczenia powierzchowne raki i raki na tle tocznia. Te wszystkie sposoby są naturalnie tylko uzupełnieniem postępowania operacyjnego, względnie stosuje się je przy nawrotach, nie nadających się do operacyi. Sprawiają one nieraz wybitną, a nawet i trwałą ulgę. K.

Wildinghof-Plauner: **Obecny stan leczenia zapomocą emanacyi radu.** (Graz, 1912) Leczenie emanacyą radu stosowano bezwiednie empirycznie już bardzo dawno przeciw gośćcowi. Ludność w Joachimsthal nosi przy sobie woreczki skórzane z blendą uranową przeciw różnym cierpieniom, zwłaszcza stosuje je przy bolu głowy. Obecnie fabrykują odpowiednie wyroby, dozwalające nawet lekarzom na prowincyi stosować leczenie radem. Znajduje ono zastosowanie zwłaszcza w dnie, gośćcu, dalej celem łagodzenia bolów, np. nerwobólów, bolów przy wiądzie rdzenia, celem pobudzenia wessania wysięków, przy bezsenności, braku apetytu i przewlekłych cierpieniach skóry. Chory przebywa w kamerze emanatoryum, z początku 2, potem 3 godziny, ogółem zwykle potrzeba do 30 posiedzeń. Z początku leczenia powstaje odczyn (analogiczny do odczynu w wielu zdrojowiskach i kąpielach) w postaci zaostrzania się danej sprawy względnie bólów i wtedy trzeba na 1—3 dni przerwać posiedzenia, względnie je skracać. Czasem (np. u neurasteników) zjawić się mogą podniecenia, a dalej zmiany na skórze (zapalenia, swędzenie), przeciwko którym stosuje się ze skutkiem kąpiele siarczane. Autor z wyników leczenia w swem emanatoryum w Grazu jest bardzo zadowolony i twierdzi, że wydatek na emanatoryum zwraca się lekarzowi szybko. A.

Evler: **Trwałe sączkowanie podskórne bez sączka.** (Med. Klinik, 1913, Nr 6). E. osiąga bardzo dobre wyniki, sączkując jamy surowicze zapomocą pozostawienia w tkankach obrąbionego otworka, ponad którym skórę zaszywa zupełnie. E. stosuje to leczenie przy zwykłym przesięku (ascites), przy wysięku gruźliczym, rakowatym i t. p. W ten sposób nieraz wielka ilość płynu może być wessaną. Podobnie przy surowiczym wysięku opłucnej sączkuje ją E. przez otwór wywiercony w żebrze. Kirchenberger stosował również to sączkowanie i jest z niego bardzo zadowolony. Dobre skutki osiąga się przez to sączkowanie także przy wysiękach w torbielach jajnikowych, nieraz z trudnością tylko dających się doszczętnie zoperować. Do tego sposobu sączkowania dołącza E. przy sprawach zapalnych autoseroterapię. Złych następstw, nawet przy sprawach rakowatych i gruźliczych, E. nie spostrzegał. Przy wodniaku jądra stosował E. ten sposób w jednym przypadku, ale z wynikiem ujemnym. K.

Exner. **Doświadczenia chirurgiczno-wojenne.** (Tow. lek. w Wiedniu I. 1913). E. pracował w wojnie turecko-bałkańskiej w szpitalu w Zofii. Po stronie bułgarskiej opatrunki, zakładane na placu boju, pozostawiały wiele do życzenia, a nieraz nie zakładano ich wcale. Często bez potrzeby tamponowano rany, źle opatrywano złamania kości, sondowano rany i t. p. Nie żałowano też jodyny, wywołując silne wypryski. E. doszedł do wniosku, że nawet przy ranach zakażonych spokój odgrywa główną rolę. Zakażenie spostrzegał E. przy ranach zadanych pociskami karabinowymi w 32%, armatnimi w 40% (w innych wojnach rany karabinowe zaledwo w 15% były zakażone). Najczęściej rany goją się przy postępowaniu zachowawczem dobrze. Pociski karabinowe w ciele obracają się czasem i drążą naprzód tępym końcem, sprawiając przez to większe zniszczenie. E. miał sposobność spostrzegać wiele przypadków zgorzeli, wywołanej zwłaszcza na skórze nieostrożnem przykładaniem karbolu. Do tamowania krwawienia używali żołnierze rzekomo z dobrym skutkiem tytoniu. Pamiętać należy przed wojną by zaopatrzyć się w gips, szyny i zmienić przyrządy kauczukowe i sączki, które zwykle są zleżałe (co pewien czas oddawać je w czasie pokoju do szpitali, a brać nowe). K.

Schneider. **O dziedziczności kaszaka.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 6). S. wykazuje na drzewie genealogicznem własnej rodziny, że kaszak jest chorobą typowo dziedziczną. Często występuje on u bliźniąt takiej rodziny, a rzadko przeskakuje jedną generacyę. Nie wyłącza to naturalnie możności przypadkowego powstawania kaszaka w rodzinach, do tego cierpienia nie skłonnych. Kaszaki występują w rodzinach obarczonych mniej więcej w 37·5%, przyczem nie daje się wykazać przewaga żadnej z płci. K.

Położnictwo i ginekologia.

Liepman: **Postępowanie chirurgiczne wobec otrzewnej, a próba trzech wacików.** (Gyn. Rundschau 1912, Nr 21). Liepman podkreśla znaczenie swojej t. zw. próby trzech wacików, polegającej na badaniu pola operacyjnego przed operacyą, w czasie niej i po niej pod względem bakteryologicznym. Wyniki tej próby są punktem oparcia dla dalszego postępowania leczniczego wobec otrzewnej, pozwalają na ścisłą klasyfikacyę przypadków zakażonych

i czystych, co umożliwia dokładną statystykę wyleczeń w związku z tą lub inną metodą operacyjną i wpływa temsamem na wybór zabiegu. A. Markowa.

Bertoloni: **O śródotrzewnem skracaniu więzadeł okrągłych.** (Gyn. Rundschau Nr 21, 1912). Metody śródotrzewnego skracania więzadeł podług Webster-Franka, Menge-Stolza i Alfieriego, dają bardzo dobre wyniki zarówno co do ułożenia macicy, jak i co do następnych ciąży i porodów. Metoda Alfieriego miałaby jednak tę wyższość, że przez podwójne skrócenie każdego więzadła macica utrzymuje się stale w położeniu zupełnie prawidłowem. A. Markowa.

Jaschke. **O stosowaniu narkofiny w położnictwie.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 2). Na zasadzie 45 przypadków poleca autor dalsze badanie nad narkofiną (przetwór makowca), — stosowanej w czasie porodu. Nie odbierając matce pamięci, nie wpływając szkodliwie ani na matkę, ani na dziecko, zmniejsza narkofina znacznie bolesność skurczów macicy, a nie upośledza ich jakości. A. Markowa.

Deppe. **W sprawie samowyleczenia się zapalenia wyrostka robakowatego.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 49). Autor opisuje szereg przypadków, gdzie znalazł w rozmaitej postaci samowyleczenie się sprawy zapalnej w wyrostku robakowatym, spostrzegane przy sposobności operacyi ginekologicznych, wykonywanych przez laparotomię. Zwracając uwagę chirurgów i anatomo-patologów na ten fakt, podnosi autor znaczenie jego dla współczesnego leczenia operacyjnego, stojącego pod hasłem: im wcześniej, tem lepiej. A. Markowa.

Bamberger. **Całkowita zgorzel sutka jako objaw zakażenia połogowego.** ?Münch. med. Woch. 1912. Nr 49). W przypadku zakażenia połogowego po porodzie samoistnym bez interwencyi lekarza powstała w 17. dniu całkowita zgorzel lewego sutka. Wykonane odcięcie sutka nie uratowało chorej. Przyczyną był niezawodnie zator tętnicy sutkowej (A. mammaria), a źródłem jego macica. A. Markowa.

Dienst. **W sprawie rozróżnienia puchliny brzusznej od wiotkiego torbielaka jajnika.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 50). Dla rozpoznania, czy płyn otrzymany przez nakłucie brzucha pochodzi z puchliny brzusznej, czy też z torbieli jajnika, poleca autor sposób, oparty na obecności w płynie puchlinnym istoty włóknikorodnej (fibrinogen). Jedna trzecia objętości soli kuchennej daje z płynem puchlinnym osad kłaczkowaty, nie daje go, gdy płyn pochodzi z torbieli. A. Markowa.

Bresslau. **Hyperthelia.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 51). Zjawisko hypertelii i hypermastyi, t. j. nadliczbowej ilości brodawek i sutków, spostrzegane stosunkowo nierzadko, tłomaczono bądź z punktu widzenia patologicznego, bądź atawistycznego. Odkrycie »pasa mlecznego« przez Schultzego, przechyliło szalę na korzyść tego drugiego poglądu. Autor dostrzegał u wiewiórek również jedną linię mleczną, z której wyodrębniają się wzgórki mleczne, t. j. późniejsze sutki. Jednakowoż później poszczególne wzgórki ulegają zdwojeniu przez rozszczepienie; z jednej części rozwija się ostatecznie sutek, druga ulega innym przeobrażeniom. Fakt ten ostrzega przed wyłącznie atawistycznem ujmowaniem zjawiska hypertelii i hypermastyi i może się przyczynić do wyjaśnienia powstania gruczołów Montgomeryego u człowieka. A. Markowa.

Dienst. **Przyczyna niekrzepliwości krwi miesiączkowej.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 51). Obniżoną, względnie zniesioną krzepliwość krwi, pochodzącej z miesiączki, tłomaczy autor obecnością w niej antytrombiny, pochodzącej z błony śluzowej macicy i zobojętniającej natychmiast działanie trombiny. Im znaczniej przerosła jest błona śluzowa macicy, tem wybitniejsze jest owo działanie; — stąd silne krwotoki przy włókniakach i polipach z jednej strony i wyniki lecznicze wyskrobań po zapaleniach błony śluzowej macicy z drugiej, jak również samoistne ustawanie krwotoku z macicy poporodowej. Tę samą własność wytwarzania antytrombiny ma błona śluzowa jajowodu. A. Markowa.

Meyer. **W sprawie sztucznego poronienia przy zaburzeniach psychicznych.** (München. med. Woch. 1912, Nr 51). Sztuczne poronienie może być wskazanem jedynie przy dość rzadkich ciężkich postaciach depresyi, po dłuższej obserwacyi, w przypadkach, gdzie utrzymanie ciąży wywołać może nieuleczalne poważne zaburzenia w sferze psychicznej, a przerwanie jej — uleczenie ich, lub stałą poprawę. A. Markowa.

Heugge. **Wyciąg z przysadki i półuśpienie (Dämmerschlaf) w położnictwie praktycznem.** (München. med. Woch. 1912, Nr 51). H. stosował pituitrynę w praktyce prywatnej równocześnie z uśpieniem skopolanowomorfinowem. Doświadczenia jego obejmują 12 przypadków, ściśle dobranych na zasadzie wskazań. Wyniki miał bardzo dobre, przyczem uśpienie znacznie słabiej oddziaływało na płody. A. Markowa.

Crède-Hörder. **O późnem zakażeniu przy śluzoropotoku ócz.** (München. med. Woch. 1913. Nr 1). Śluzoropotok ócz, ophtalmoblenorrhoea) noworodków, występujący poczynając od piątego dnia po porodzie, nosi nazwę zakażenia późnego. Występuje ono nawet u dzieci, oddzielonych od matek. Autor odrzuca teoryę o t. zw. drodze pośredniej (ręce, bielizna), a przypuszcza, że dwoinki wiewiórowe, które dostały się w czasie porodu do oka, żyją i mnożą się w dużych gruczołach powiek, w szczególności w gruczołach Meiboma. Gdy tam wywołają zapalenie i wydzielinę ropną, dostają się wraz z nią na spojówkę, wywołując tu ostre zapalenie. A. Markowa.

Beyer. **Przypadek samoistnego pęknięcia macicy w ciąży.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 1). Opisując rzadki przypadek samoistnego pęknięcia macicy w 4. miesiącu ciąży, zalicza autor do przyczyn tego również usuwanie łożyska bądź ręczne, bądź zapomocą narzędzi. Zabieg ten sam przez się lub przez zakażenie wywołać może znaczne obrażenie wzgl. zmiany ściany macicy, skutkiem czego w następnej ciąży łożysko, jeżeli rozwija się na bliźnie, przeżera ją, gdyż nie może ona wziąć udziału w ogólnym przeroście ściany macicy. A. Markowa.

Eichman. **Toxicodermiae w przebiegu ciąży uleczone zapomocą płynu Ringera.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 4). T. zw. »toxicodermiae«, występujące w przebiegu ciąży, leczy autorka zapomocą śródmięśniowego wprowadzania płynu Ringera. Równocześnie stosuje dyetę jarską, gdyż za powód tych spraw chorobowych uważa zatrucia z przewodu pokarmowego, nie zaś z łożyska. Płyn Ringera działa przez rozcieńczenie krwi i wzmożenie wydzielania moczu, dyeta zaś powstrzymuje produkcyę świeżych jadów. A. Markowa.

Hörtel. **Salwarsan a rzucawka.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 4). Autor opisuje przypadek rzucawki, cierpienia, stanowiącego wskazanie do przerwania ciąży, który skończył się pomyślnie po wstrzykiwaniach salwarsanu (ujemny odczyn Wassermana). Ten wynik zastosowania salwarsanu potwierdza doświadczenia, poczynione przez innych autorów. A. Markowa.

Lindig. **O działaniu fermentów surowicy w przebiegu ciąży i nowotworów.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 5). Na zasadzie materyału, obejmującego 100 przypadków ciąży, nowotworów i zmian zapalnych części rodnych, stwierdza autor, że surowica takich osób zawiera ferment, wywołujący rozpad białka, zawartego w łożysku, macicy, jajnikach, nowotworach narządu rodnego, i w stopniu mniejszym — białka, zawartego w substancyi mięśniowej. A. Markowa.

Hamm. **Rzadki przypadek ropnicy, wywołanej przez prątki okrężnicy.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr. 5). Autor opisuje przypadek, w którym po wyskrobaniu macicy wskutek poronienia wystąpiły objawy ciężkiego zakażenia ogólnego i śmierć. Sekcya wykazała skrzepy rozmiękające w żyłach dolnej części ciała aż po żyłę główną dolną i nieznaczny zawał w płucach. Ze skrzepów otrzymano czystą hodowlę hemolitycznego prątka okrężnicy. Za życia chorej znajdowano ten prątek w moczu i pochwie chorej, nie można go było otrzymać ze krwi. Drobnoustrój ten wogóle szybko we krwi ginie, w tym zaś przypadku musiało to następować niezmiernie szybko, gdyż nawet w czasie dreszczu badanie krwi dawało wynik ujemny.

A. Markowa.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 29. I. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski, sekretarz Dr Zubrzycki. Obecnych członków 70.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes Dr Janiszewski poświęcił kilka słów pamięci zmarłego ś. p. prof. Witkowskiego, przyczem obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

3) Przyjęto jednomyślnie do grona członków Towarzystwa kol. Grünhuta i Glasnera.

4) Kol. Dadej przedstawia dwa nowsze sposoby **badania bakteryologicznego błonicy.**

a) Wykazywanie prątków błoniczych na pożywce podanej przez Conradiego. Pożywka ta odznacza się zawartością tellurynu potasu. Kolonie prątków Löffiera rosną na niej czarno, natomiast inne bakterye, które spotykamy najczęściej w jamie gardła, dają kolonie od szarych do ciemnobrunatnych. Same prątki, wzięte z takiej czarnej kolonii, w preparacie mikroskopowym mają ciałka biegunowe zabarwione czarno.

b) Sposób barwienia, podany przez p. Ratkin. Używa ona barwika jednego, w którego skład wchodzą błękit metylowy i fuksyna karbolowa. Prątki, w ten sposób barwione, mają ciała prątków zabarwione różowo, ciałka zaś biegunowe ciemno-niebiesko. Barwienie to udaje się zawsze, o ile prątki bierzemy z hodowli, o ile zaś mamy preparat, wzięty wprost z gardła, to nieraz zawodzi.

5) Kol. Prof. Lewkowicz przedstawia a) preparat anatomiczny serca z **zachowanym otworem owalnym** o średnicy $^3/_4$ cm z dziecka 2-miesięcznego, zmarłego na obustronne odoskrzelowe zapalenie płuc, jako powikłanie przewlekłego nieżytu jelitowego i zaniku ogólnego, — poczem omawia objawy stwierdzone za życia. Uderzenia koniuszkowego nie można było stwierdzić; stłumienie było, mianowicie poprzecznie, powiększone, przerwane pasem odgłosu opukowego jawnego nad mostkiem. Szmer skurczowy nad tętnicami, wzmagający się ku dalszemu przebiegowi tętnic ku obojczykom, silniejszy po stronie lewej nad t. płucną, słabnący znacznie nad komorami i ku okolicy koniuszka serca. Drugi nad t. płucną silniejszy, niż nad tętnicą główną. Radyogram wykazywał powiększenie serca, mianowicie w kierunku poprzecznym i wypuklenie lewego środkowego łuku i środkowego cienia. To wypuklenie odniesiono do rozszerzenia tętnicy płucnej, jako wyniku podwyższonego ciśnienia i przypuszczano, że chodzi o przetrwałość przewodu tętniczego.

Za tem przemawiało także zachowanie się szmeru i zaostrzenie II. tonu nad tętnicą płucną. Sekcya stwierdziła otwarty otwór owalny, oraz rozszerzenie tętnicy płucnej i temsamem udowodniła, że takie zachowanie tego obrazu może się, jak w przypadkach Hornowskiego, łączyć z rozszerzeniem tętnicy płucnej. Również zachowanie się szmeru, jego umiejscowienie, może być podobne: szmer rozpromienia się ku górze, prawdopodobnie żyłami przy otwartym otworze owalnym. Rozróżnienie obu tych wad za życia nastręcza zatem wiele trudności. Niezarośnięcie przegrody komorowej i zwężenie tętnicy płucnej można było z wielkiem prawdopodobieństwem wyłączyć wobec umiejscowienia szmeru i nieobecności znaczniejszej sinicy.

b) Chłopiec 12-letni **z białkomoczem ortotycznym;** przytem, nawiązując do swego przemówienia w dyskusyi do przedstawienia podobnego przypadku przez kol. Blassberga w styczniu r. z., podnosi mowca, jak rozpoznanie różniczkowe między właściwym białkomoczem ortotycznym, a zapaleniem nerek przewlekłem dziecięcem, mogącem przebiegać z białkomoczem ortotycznym jako objawem, może być trudnem i rozstrzygnięcie może zależeć nawet przy dłuższem spostrzeganiu jedynie tylko od przypadku. Przedstawiony chłopiec pracuje jako roznosiciel gazet, nie czuje się chorym, przeciwnie zgłosił się do kliniki celem uzyskania świadectwa zdrowia. Czasami tylko występują bóle w kończynach dolnych. W klinice stwierdzono w moczu białko w znacznej ilości; dokładne badanie moczu, zbieranego co $^1/_2$ godziny w ciągu 3 dni, wykazało, że białkomocz pojawiał się od roku w znacznej wysokości zaraz po wstaniu chorego, potem podnosił się jeszcze nieco, następnie obniżał się, a w 2—5 godzin po wstaniu mimo dalszego chodzenia znikał zupełnie. Po przerwie, trwającej parę godzin, białkomocz znów się pojawiał i znowu po jakimś czasie znikał mimo chodzenia. Ilość białka dochodziła zwykle do 0,03%, niekiedy jednak wznosiła się do 0,3%, a nawet raz do 0,9%.

Zachowanie się odczynów co do białka przemawiało za właściwym białkomoczem ortotycznym, gdyż można było otrzymać strąt zapomocą kwasu octowego na zimno, a w moczu rannym, nie zawierającym białka, można było w myśl badań Politzera przez dodanie surowicy i kwasu octowego i otrzymanie strątu udowodnić obecność kwasów Mörnerowskich. Wreszcie osad badany wielokrotnie nie wykazywał żadnych składników, przemawiających za zapaleniem (chory leżał w klinice w grudniu 1912 przez 9 dni, w styczniu 1913 2 dni). Tymczasem podczas wykładu klinicznego z przedstawieniem chorego, chory prawdopodobnie skutkiem wzruszenia dostaje napadu lekkiego omdlenia bez upadku i bez utraty przytomności. Mocz, bezpośrednio potem oddany, zawiera białko w ilości 1·8% (18 ‰!), po odwirowaniu dostaje się osad znaczny, a badanie tego osadu wykazuje ogromne ilości wałeczków ziarnistych, obłożonych częściowo lasecznikami, oraz ciałek czerwonych. W pozostałej części dnia chory znów wydziela mocz, nie zawierający wałeczków. Rozpoznanie pierwotne białkomoczu ortotycznego właściwego musiało być zmienione na rozpoznanie zapalenia nerek przewlekłego dziecięcego. Wobec tego, że chodzi tutaj o stwierdzenie przypadkowe, które nawet przy kilkunastomiesięcznej obserwacyi mogło nie nastąpić, nasuwają się wątpliwości, czy zasadnicze rozgraniczenie białkomoczu ortotycznego właściwego i zapalenia nerek dziecięcego jest uzasadnione. Ze względów praktycznych rozgraniczenie należy utrzymać, gdyż według długoletnich spostrzeżeń Heubnera w zachowaniu się są pewne różnice: białkomocz kończy się zawsze wyleczeniem, przy zapaleniu wyleczenie zupełne następuje tylko w $^2/_3$ przypadków. Mimo to może chodzić o tę samą sprawę z różnem nasileniem. Do tego wniosku dochodzi także Politzer, twierdząc, że przy białkomoczu ortotycznym chodzi o »ren juvenile infectione laesum«. Przedstawiany przypadek jest ciekawy także z tego względu, że wykazuje, jaki ogromny wpływ może mieć wzruszenie bezpośrednio, czy też pośrednio przez wywołanie omdlenia, na wydzielanie białka, wałeczków i ciałek krwi.

c) Dziewczynka, licząca 1 rok i 2 mies. z rozpoznaniem **zapalenia surowiczego opon** mózgowordzeniowych. Dziecko przed niespełna miesiącem zapadło na grypę, do której przyłączyło się, według podań lekarza opiekującego się, obustronne zapalenie płuc i podrażnienie opon mózgowych. Gorączka następnie nieco opadła. Od 2 tygodni codzienne krótkotrwałe, parogodzinne napady, objawiające się gorączką do 40° C. i krzykami. Napady podobne, tylko rzadsze, stwierdzono także w klinice. Początkowo dziecko chwytało się za uszka, można było przytem stwierdzić bolesność dotykową, widocznie chodziło o zapalenie ucha środkowego. Przebicie jednak nie nastąpiło, a badanie wykazuje obecnie tylko przyćmienie błon bębenkowych. Od 10 dni bolesność uszu ustała, a dziecko podczas napadów chwyta się za główkę. Badanie w kierunku objawów, zwykle napotykanych w zapaleniu opon, daje wyniki ujemne. Niema sztywności karku, lub, innym razem, jest ona niewybitną. Badanie, co prawda, utrudnione jest opornem zachowaniam się dziecka. Niema objawu Kerniga, ani objawu Brudzińskiego. Przedewszystkiem jednak zawodzi — i pod tym względem przypadek jest niezwykłym — objaw, na którym prawie zawsze można polegać u małych dzieci, odnoszący się do zachowania się ciemiączka. Ciemiączko nietylko nie jest wypuklone, ale jest zapadłe. Mimo to badanie płynu mózgowordzeniowego, otrzymanego zapomocą nakłucia lędźwiowego, dwukrotnie wykazało wybitne zmiany zapalne, przedewszystkiem ogromne wzmożenie liczby ciałek białych (481, drugim razem 1181 w 1 mm^3) z przewagą limfocytów. Zapalenie gruźlicze można wyłączyć na podstawie całego przebiegu choroby i ujemnego wyniku prób tuberkulinowych. Chodzi o zapalenie surowicze w związku z grypą i obustronnem zapaleniem ucha, pozornie bardzo lekkiem.

W dyskusyi zabierają głos: a) Kol. Blassberg, który przytacza przypadek białkomoczu ortotycznego, przedstawiony przez siebie w Towarzystwie lek. krak. i wspomina o trudnościach rozpoznawczych w tych przypadkach.

b) Kol. Herman Hirsch: Kol. prof. Lewkowicz zaznaczył, że zawsze miał wątpliwości co do istnienia białkomoczu ortotycznego, że obecnie przedstawiony przez niego przypadek dawał typowy obraz tego zboczenia, gdy nagle pokazała się w moczu znaczna ilość białka, a w osadzie stwierdzić się dała wielka ilość wałeczków ziarnistych. To spowodowało prof. Lewkowicza do rozpoznania u tego chorego białkomoczu, wywołanego lekką formą młodzieńczego zapalenia nerek. Nie chcę wskazywać na dokładnie badany przypadek Langsteina, w którym przy istniejącym za życia białkomoczu sekcya nie wykazała żadnych zmian w nerkach, ale obserwacya chorych przez długie lata może pouczyć, że takich przypadków jest więcej. Z dydaktycznych względów utrzymanie formy białkomoczu ortotycznego jest konieczne, bo i inne mogą być wskazania i leczenie dla białkomoczu ortotycznego, jak dla zapalenia nerek.

c) Kol. prof. Kader podnosi powstawanie białkomoczu przy nerce ruchomej, skutkiem zmian w jej położeniu.

d) Kol. prof. Lewkowicz w odpowiedzi kol. Blassbergowi podaje jeszcze raz, że chodziło mu o zaznaczenie wielkich trudności rozpoznawczych. Kol. Hirschowi H. odpowiada prelegent, że postępowanie z dziećmi przy czystym białkomoczu i zapaleniu nerek dziecięcem nie wiele różni się od siebie. Nie jest wskazane w drugim przypadku trzymanie dziecka w łóżku, lub na dyecie mlecznej. Wystarczy zalecenie unikania nadmiernych wysiłków fizycznych, podobnie pokarmów drażniących nerki, wreszcie chronienie dziecka od zaziębień. Poza tem dziecko powinno się zachowywać, jak zdrowe. W odpowiedzi kol. Kaderowi zaznacza kol. L., jako rzecz dobrze znaną, powstawanie białkomoczu w zależności od nerki ruchomej i podnosi, że także zależność od jej położenia jest usprawiedliwiona, a to na podstawie badań Jehlego, który u znacznej liczby dzieci zdrowych przez wywołanie lordozy otrzymywał białkomocz, a znów u dzieci z białkomoczem ortotycznym (właściwym, czy też powstającym na tle zapalenia nerek) przez ustalenie kręgosłupa opatrunkiem i uniemożliwienie lordozy przy staniu zapobiegał zjawianiu się białkomoczu.

6) Kol. Prof. Rosner przedstawia chorą ze **zmięknieniem kości** porodowem, u której skutkiem bardzo małego urazu powstało złamanie szyjki uda prawego. Pomimo, że przypadek ten zdarzył się przed ośmiu miesiącami, skutkiem zmięknienia kości nie wytworzyła się blizna kostna.

7) Kol. Prof. Kader przedstawia: a) chorą 37-letnią z obustronnem **zapaleniem zniekształtniającem** stawu biodrowego z zupełnem unieruchomieniem prawego i bardzo znacznem lewego stawu. Zmiana dotyczy szyjki i główki kości udowej; miednica bez zmian z wyjątkiem okolicy panewki. Rentgenoskopia wykazuje zgrubienie kości, zatarcie jej konturów, wygięcie szyjek na zewnątrz, jak przy biodrze koślawem (coxa valga), z jednoczesnem skróceniem, — normalne beleczkowanie niewyraźne, — w kilku miejscach tak, jakby torbiele wielkości laskowego orzecha. Choroba rozpoczęła się przed sześciu laty bólami w kolanach. Co się tyczy łeczenia, to tylko ewentualnie krwawem uruchomieniem stawów możnaby chorej coś pomódz.

b) Dwóch chłopców 8- i 15-letniego, z bardzo znacznymi **garbami** w obrębie górnej trzeciej części kręgosłupa, **wskutek gruźlicy** kręgów piersiowych. Chorym grozi w razie silniejszego nagłego ruchu przesunięcie kręgów i zmiażdżenie części rdzenia. Od chwili rozpoczęcia sprawy chorobowej aż do teraz obydwaj chorzy byli leczeni gorsetami Hessinga. Prelegent jednak uważa za właściwsze leczenie takich chorych pierwotnie przez wyciąg w łóżku, potem łóżeczko ustalające sztywne, — wreszcie sztywny ustalający gorset. Leczenie takie trwa jednak kilka lat. Obecnie leży na klinice chirurgicznej chłopiec 9-letni z bardzo dużym garbem, powstałym skutkiem gruźlicy kręgów szyjnych. Przybył do kliniki z zupełnem porażeniem kończyn dolnych, pęcherza i odbytnicy. Wszystkie te objawy ustąpiły po trzech miesiącach wyciągu

c) Dziewczyna 17-letnia, która w szóstym roku życia operowana była z powodu zapalenia szpiku kości ramieniowej ręki lewej. Przy tym zabiegu przecięto nerw sprychowy, czego następstwem było zupełne porażenie mm. prostujących. D. 17. XII. 1912 wykonał prelegent zabieg następujący: Po bezskutecznej próbie odnalezienia końców przeciętego nerwu sprychowego przeniesiono oba zginacze (musculus flexor carpi ulnaris i radialis) poprzez przestrzeń międzykostną na grzbiet przedramienia tuż nad stawem nadgarstkowym i zeszyto je ze ścięgnami mm. prostujących. Chora może teraz czynnie wyprostowywać rękę i ruszać nią w dostatecznym stopniu dla zarobkowania jako szwaczka.

d) Chora 14 letnia, która przed czterema laty przebyła **zapalenie przednich rogów** rdzenia (poliomyelitis anterior). Skutkiem tego wystąpiło u niej porażenie mm. prostujących obydwu kończyn dolnych z zachowaniem działania wszystkich zginaczy. D. 6. XII. 1912 przeniósł prelegent mm. półścięgnisty, półbłoniasty i dwugłowy uda po stronie lewej ku przodowi i przyszył do górnego brzegu rzepki, przyczem na wniosek Dr Składkowskiego mięśnie te skrzyżował tak, że m. dwugłowy leży po stronie wewnętrznej a mm. półbłoniasty i półścięgnisty po stronie zewnętrznej, rzepki. Chora może teraz czynnie wyprostowywać i zginać kończynę w kolanie. Uderza w tym przypadku krótkość czasu, w ciągu którego chora nauczyła się dowolnie różniczkować ruchy i działalność mięśni, działających jednolicie jako zginacze na ruch wyprostowujący i zginający kończynę w kolanie.

e) Chory, operowany doszczętnie z powodu **nawrotu raka nosa.** Chory ten był poprzednio dwukrotnie operowany, ostatni raz przed dwoma miesiącami. Zjawił się znowu na klinikę z dużym nawrotem, zajmującym częściowo kość czołową aż do opony twardej, wewnętrzną część powiek i spojówki oka prawego, resztkę błony śluzowej nosa i część

kości szczęki górnej. Zabieg polegał na usunięciu nacieku nowotworowego mniej więcej na $1^{1}/_{2}$ cm. w granicach zdrowych. Chory zabieg ten przetrwał zupełnie dobrze. Pozostały rzecz oczywista znaczny ubytek zamyśla obecnie prelegent usunąć zapomocą zabiegu kosmetyczno-plastycznego, poczem nie omieszka chorego jeszcze raz przedstawić.

f) Chora l. 57, u której z powodu **raka nosa** wykonano zabieg, zapomocą którego usunięto tkanki nowotworowe zmienione, przyczem wycięto lewą stronę nosa, lemiesz i część kości szczęki górnej. Do pokrycia pozostałego braku użyto otaczających płatów skórnych, które po odpreparowaniu odpowiednio przesunięto.

g) Chora l. 29, operowana w klinice z powodu **gruźlicy prawej nerki**. Chorej tej usunięto nerkę prawą wraz z całym moczowodem, którego kitut po zgnieceniu i podwiązaniu pokryto ścianą pęcherza. Użyto do tego zabiegu cięcia skośnego Bergmanna.

h) Chora l. 14, u której rozpoznanie kliniczne brzmi: **gruźlica prawej ręki**. Sprawa ta rozpoczęła się przed dwoma laty bólami i obrzękiem ręki prawej, poczem wytworzyły się w okolicy łokcia i na dłoni dwa ropiejące miejsca. W chwili zgłoszenia się chorej na klinikę w okolicy przegubu łokciowego ubytek wielkości 20 hal., ropiejący, o brzegach nierównych; w górnej części ubytku przetoka idąca w górę na 10 cm.; powyżej tuż pod skórą guz wielkości gołębiego jaja, niebolesny; na wewnętrznej stronie dłoni owrzodzenie z 3 cm. długą przetoką. Wykonany zabieg polegał na wycięciu guza i wyskrobaniu przetoki. Badanie bakteryologiczne, wykonane przez kol. Krawczyńskiego, wykazało w ropie prątki błonicy.

W dyskusyi zabiera głos kol. Krawczyński i podaje wynik badania wydzieliny przyrannej i zasiewu na pożywkach z ostatniego przypadku prof. Kadera. Rozpoznaje błonicę na zasadzie charakterystycznej budowy prątków tak w ropie, jak i na pożywkach, dodatniego wyniku barwienia metodą Neissera, zachowania się hodowli na pożywkach, między innemi i na cukrach. Badania w kierunku toksyczności wykazały, że świnka morska, zaszczepiona 0·1 cm^3 tygodniowej hodowli, padła po czterech dniach.

W sprawie szpitala św. Łazarza w Krakowie

napisał

Stanisław Ciechanowski.

Poruszać wśród dzisiejszej pod każdym względem niepewnej sytuacyi, wśród ciężkiego przesilenia ekonomicznego, wśród nieczynności Sejmu, wśród fatalnych dla szpitalnictwa, choć niestety nieuniknionych oszczędności w wydatkach krajowych — sprawę potrzeb, a więc i sprawę inwestycyi w szpitalnictwie, zdawałoby się napozór rzeczą nie na czasie, prawie bezcelową. A jednak tylko napozór. Wobec bowiem zastoju, w jaki wskutek zabagnienia stosunków politycznych popadł tok inwestycyi w szpitalnictwie, wypadnie inwestycye te po uruchomieniu Sejmu i po uchwaleniu budżetu krajowego podjąć w zdwojonem tempie, aby nadrobić straty i powetować powstałe przez zwłokę szkody. Aby zaś to przyspieszenie akcyi, które wtedy okaże się konieczne, dało wyniki należyte, trzebaby się do tej akcyi już obecnie jaknajwięcej przygotować, trzeba rozpatrzyć ją dokładnie, określić postulaty, ustalić plany, żeby potem samo działanie nie utykało, nie przerywało się, a wykonanie programu nie narażało na niespodzianki, mszczące się później albo na jakości wykonanych robót, albo na nich ekonomii.

Zresztą żyjemy w czasach zdarzeń nieprzewidywanych, zwrotów gwałtownych i bardzo łatwo to, co wczoraj wydawało się niemożliwością, jutro może stać się aktualnem. Napięcie stosunków politycznych w kraju, wywołane sprawą sporów narodowych i sprawą reformy wyborczej, stało się wprost nieznośne i prawdopodobnie skończy się już za parę dni przełomem, po którym może się otworzyć gładka droga dla wszelkich spraw krajowych, a z niemi i dla szpitalnictwa. A wtedy zapóźno na roztrząsania i uwagi, gdy warunki będą do działania naglić.

Niejednokrotnie już miałem sposobność, omawiając sprawy szpitalnictwa krajowego, zaznaczyć, że jedną z najpilniejszych jego potrzeb jest zmodernizowanie obu wielkich szpitali krajowych, w Krakowie i we Lwowie. Oba bowiem obecnie znacznie pozostały w tyle w porównaniu z postępem szpitali prowincyonalnych, rozpoczętym już dawniej przez ówczesnego Szefa Dep. V., p. Onyszkiewicza i Inspektora szpitali, ś. p. Dr Łuszczkiewicza, a teraz istotnie znamienitym dzięki obecnemu Szefowi Departamentu sanitarnego Wydziału krajowego i jego współpracownikom, Inspektorom szpitali. Należy przyznać, że ta pilna potrzeba została przez Wydział krajowy w znacznej mierze odczuta i że w latach ostatnich wstąpiły oba główne nasze szpitale w okres udoskonaleń, po części nawet (jak we Lwowie zakład chorób zakaźnych, w Krakowie oddział chirurgiczny) już dokonanych, po części zaś przygotowywanych. Niemniej pozostaje do wykonania jeszcze bardzo wiele, i to w pierwszym rzędzie w szpitalu krakowskim, w którym teraz powetować się musi daleko więcej i daleko głębszych zaniedbań dawniejszych, niż w lwowskim.

Uwagi niniejsze są wyrazem nietylko osobistych moich zapatrywań, ale też w znacznej części opierają się na poglądach, które miałem sposobność słyszeć w szerszych kołach lekarskich.

Dotychczasowy program inwestycyi w szpitalu krakowskim podzielono podobno na trzy okresy. W pierwszym okresie miały być zrekonstruowane i rozszerzone (oprócz pawilonu chirurgicznego, co już zostało dokonane) oba pawilony dla chorób wewnętrznych, oraz pralnia i kuchnia szpitalna; później nastąpić miało przerobienie obecnego gmachu poklasztornego na dom administracyjny i izby przyjęć, a dalej dopiero inne budowy. Zupełnie już przygotowana pierwsza część tego programu, rekonstrukcya pawilonów chorób wewnętrznych, pralni i kuchni, utknęła wraz z czynnościami Sejmu, a chociaż w lutym 1912 zapadła w Sejmie uchwała, upoważniająca Wydział krajowy do wykonania uchwał sejmowej komisyi budżetowej, wśród nich zaś do rozpoczęcia w r. 1913 pierwszego okresu owych prac rekonstrukcyjnych, to jednak niezebranie się Sejmu i wynikający stąd brak uchwały budżetowej, a więc brak środków w skarbie krajowym, udaremniły te roboty, które powinny były już zaraz z początkiem r. 1913 być podjęte. To jak najrychlejsze rozpoczęcie robót było też postulatem najważniejszym, zgodnie zresztą z wnioskiem sejmowej komisyi sanitarnej.

Otóż już w roku zeszłym miałem sposobność podnieść, że program rekonstrukcyi szpitala krakowskiego, o ile jest dotąd znany, rozkłada się na zbyt długi okres czasu i wymaga w niejednym punkcie uzupełnień. Ciągnąc się lat kilkanaście, roboty musiałyby wpływać bardzo niekorzystnie na prawidłowy tok czynności szpitalnych, zwłaszcza gdyby budowa zupełnie nowych pawilonów pozostała na dalszym planie, gdyż wtedy roboty zmuszałyby do ciągłego przerzucania istniejących oddziałów z jednego miejsca na drugie, wywołując w starych, przepełnionych budynkach jeszcze większą ciasnotę i wieloletni nieład. Uniknąć tego możnaby tylko wtedy, jeśli równocześnie z postanowioną już adaptacyą i rozszerzeniem pawilonów chorób wewnętrznych rozpocznie się budowa tych nowych pawilonów dla chorych i tych budynków gospodarczych, które prędzej czy poźniej z gruntu nowe stanąć muszą. Pominąwszy zaś nawet zamieszanie i powikłania, jakie w życiu szpitalnem muszą powstać przy adaptowaniu starych budynków, kiedy niema nowych, pominąwszy nieproduktywny wydatek na nieuniknione wtedy w tak wielkim szpitalu jakieś baraki tymczasowe, liczyćby się należało jeszcze z tem, że przy przekształcaniu szpitala w takich zbyt długich etapach, ledwo ukończą się ostatnie zamierzone budowle, już przez ciąg lat kilkunastu te budynki, od których roboty zaczęto, wymagać będą znowu większego remontu i w ten sposób znowu ład szpitalny, ledwo co przywrócony, narazi się na szwank. W rachubę wchodzićby tu powinny dwie jeszcze okoliczności: popierwsze przyrost liczby chorych, któremu szpital przy zbyt powolnem tempie modernizacyi nie będzie mógł nadążyć, a powtóre ciągły wzrost cen materyałów i robocizny, który, jak to już tylokrotnie w dawniejszych latach bywało, uczyni inwestycye, dzielone na zanadto liczne raty, bez porównania droższemi, niż gdyby odrazu wykonano wszystko to, co równocześnie można rozpocząć i wykonać.

Co do uzupełnień programu rekonstrukcyi i rozszerzenia szpitala, to już w roku zeszłym wymieniłem oprócz niezwłocznej budowy pawilonów położniczych, (niekrępowanej już osobno przez rząd planowaną kliniką), budowę takich oddziałów zakaźnych, jakie otrzymał Lwów i sprawę oddziałów dla dzieci.

Nie wystarczy to jednak, aby szpital postawić na nowoczesnym poziomie.

W rzeczywistości bowiem dzisiaj oprócz jedynie pawilonu chirurgicznego żadna część szpitala krakowskiego, pomimo podjętych przeróbek i ulepszeń, nie jest odpowiednia. Z tego trzeba sobie jasno zdać sprawę. Nie wystarczy rekonstrukcya paru budynków i dobudowanie paru pawilonów; rzeczywista modernizacya szpitala wymaga, jak sądzę, programu, zakreślonego na szerszą skalę, i nie można się łudzić, że da się ona opędzić jednym lub dwoma milionami koron. Dla stworzenia dobrego, chociaż skromnego, bez jakichkolwiek zbytków urządzonego szpitala potrzeba kwoty kilkakroć większej. Bez tego się w żaden sposób nie obejdzie, ale zupełnie inny będzie, mojem zdaniem, wynik, jeżeli to będzie z góry wzięte w rachubę i jeżeli według tego będzie programowo poprowadzona cała akcya, — a zupełnie inny, jeżeli braknie planu na dalszą metę i roboty będą dorywcze. W pierwszym przypadku przetworzyć się może szpital krakowski w zakład wzorowy, w drugim pozostałby, jak sądzę, na zawsze zlepkiem bez organicznej myśli przewodniej, chromającym to w tę, to w ową stronę. W pierwszym przypadku da się poważny wydatek wyzyskać istotnie ekonomicznie, w drugim przypadku wydatek, mojem zdaniem, mniejszym nie będzie, ale daleko gorzej wyzyskanym. Doświadczenia, zebrane przy rekonstrukcyi i rozszerzaniu wielu szpitali prowincyonalnych w latach dawniejszych, kiedy zamiast gruntownych reform według ogólnego planu ograniczano się do stopniowych przeróbek, co parę lat z musu potem ponawianych, a coraz kosztowniejszych, są tu wymownym argumentem.

Skoro jednak szpital krakowski nie da się doprowadzić do należytego stanu kosztem mniejszym, to odrazu nasuwa się pytanie, czy nie byłoby korzystniej, zamiast przerabiać i rozszerzać stary, stworzyć w przyszłości zupełnie nowy zakład w innem miejscu? W tym względzie słyszałem zdania rozmaite. Między innymi jako argument najsilniejszy podnoszono, że obecny teren szpitalny jest w znaczniejszej części nizko położony, wilgotny, do celów budowlanych nienajlepszy. Zdaje mi się wszakże, że argument ten niema większego znaczenia, gdyż budowa kolektora w tej części miasta w krótkim już czasie dostatecznie grunta osuszy. Natomiast za pozostawieniem szpitala w miejscu dotychczasowem przemawia cały szereg względów, w pierwszym rzędzie wzgląd finansowy i wzgląd na ludność miasta, której szpital służy. Obecnie niema już w bliższych częściach miasta nigdzie tak dużego terenu, aby na nim można nowy szpital wygodnie rozmieścić, przeniesienie zaś jedynego szpitala gdzieś na kraniec »Wielkiego Krakowa« byłoby wprost błędem. Nie bez znaczenia jest także dla szpitala sąsiedztwo uniwersyteckich zakładów lekarskich, z powodu zawsze koniecznych i korzystnych różnorakich stosunków wzajemnych. Niemniej wchodzi w rachubę i to, że obecne otoczenie szpitala, zabudowane swobodnie, nie zwarto (kliniki, klasztory, zakłady dobroczynne z dużymi ogrodami) stwarza w tej części miasta wielki rezerwoar powietrzny, dostatecznie przewiewny. Oczywiście jednak nie powinno być bezpośrednie sąsiedztwo teraźniejszego szpitala zabudowywane zwartymi blokami wielkich domów czynszowych.

Jednem słowem na pytanie, czyby nie było korzystniej usunąć kiedyś szpital z obecnej jego dogodnej siedziby prawie w środku miasta, wypaść powinna odpowiedź, jak sądzę, przecząco. Prawdopodobnie pytanie to było już przedmiotem dokładnych badań przez powołane czynniki i chyba taksamo zostało rozwiązane, skoro przygotowano plany przebudowy bądźcobądź znacznej. Rzecz inna, że ze wzrostem miasta za lat kilkadziesiąt trzeba będzie pomyśleć o drugim szpitalu w innej połaci Krakowa, boby ani obecny teren szpitalny w końcu na dalsze dobudowy nie wystarczył, aniby też wzrost liczby łóżek w jednym szpitalu ponad pewną liczbę nie był korzystny. Toteż należałoby, zdaje mi się, już teraz obejrzeć się za jakimś przydatnym pod drugi szpital terenem, który teraz jeszczeby można nabyć łatwo i stosunkowo tanio, gdy za lat kilkadziesiąt, a choćby kilkanaście, już wcale go dostać nie będzie można. Nasuwa się tu na myśl okolica dawnego Zakładu kontumacyjnego, gdzie wkrótce stanąć mają miejskie zakłady sanitarne, dom izolacyjny, zakład dezynfekcyjny, i gdzie już zresztą miasto ofiarowuje krajowi pewną przestrzeń gruntu na cele szpitalne.

Z drugiej strony, skoro już mowa o zabezpieczeniu gruntów pod budowy szpitalne, uważałbym za konieczne i pilne, by i istniejący szpital zabezpieczył sobie, póki czas jeszcze, dostateczną swobodę rozrostu w przyszłości. Nie jest to możliwe ku południowi, gdyż z tej strony jest terytoryum szpitala św. Łazarza już raz na zawsze zamknięte przez ruchliwą i ważną arteryę komunikacyjną: ulicę Grzegórzecką. Słabszą, aczkolwiek zawsze niedogodną granicę stanowi od północy ulica Kopernika; tu jednak ostatni już stosowny teren, który można było nabyć, (szpital św. Ludwika), nie został na czas, gdy jeszcze niżej go szacowano, przez kraj uzyskany. Pozostaje więc jeszcze tylko strona zachodnia i wschodnia, dopóki jeszcze ruch budowlany nie zapuścił tuż pod okna szpitalne fatalnych swych zagonów. Od zachodu wchodzi w rachubę spory klin gruntów prywatnych, wrzynający się w sam środek terytoryum szpitalnego (znany pod nazwą »enklawy«), który zagraża tem, że tuż pod pawilony szpitala wsuną się tyły i podwórka domów, stawianych przy ślepej ulicy, idącej w głąb tego klina. Zakupno więc tego klina dla szpitala jest niezbędne i powinnoby nastąpić bezzwłocznie dopóki jeszcze potrwa depresya cen, wywołana obecnem przesileniem ekonomicznem, bo gdy ona minie i w obrębie klina stanie choćby jeden dom, to wtedy gruntu tego już dokupić się nie będzie można. Od wschodu nadałby się może dla szpitala kilkomorgowy teren, należący obecnie do zgromadzenia zakonnego SS. Franciszkanek. Teraźniejsze terytoryum szpitalne na wszystkie potrzebne pawilony prawdopodobnie nie wystarczy i bez jego rozszerzenia szpital, jeśli tak powiedzieć można, »udusi« się z czasem ciasnotą.

Przez zaokrąglenie zwłaszcza zachodniej granicy można terytoryum szpitalnemu nadać kształt dla celów szpitala najodpowiedniejszy. Wtedy nasuwałoby się samo przez się umieszczenie dalszych pawilonów dla chorób wewnętrznych oraz dla chorób dzieci w połaci zachodniej, części zaś chirurgiczno-ginekologicznej w połaci wschodniej; przy granicy północnej gmach poklasztorny, przebudowany na sale przyjęć, biura, magazyny i mieszkania służby, leżałby dogodnie pomiędzy obu temi częściami; na granicę południową odsunęłyby się pawilony, które muszą od innych stać zdala i powinny mieć dostęp także bezpośredni z ulicy, jakoto niewielkie stacye obserwacyjne (salle d'admission) dla chorych umysłowo i dla chorób zakaźnych (o czem później), a w kącie południowo-zachodnim w pobliżu prosektoryów uniwersyteckich stanąćby mógł szpitalny dom przedpogrzebowy w połączeniu może z miejską izbą na zwłoki (morgue). Na kuchnie, pralnie i t. p. budynki (np. kotłownie dla ogrzewania centralnego) pozostałoby wtedy miejsce, jak mi się zdaje, najodpowiedniejsze, od wszystkich pawilonów jednakowo odległe, w samym środku terytoryum szpitalnego.

Nie mam oczywiście pretensyi, aby właśnie takie tylko, a nie inne miało być rozplanowanie naszego zreformowanego szpitala; głównie bowiem chodzi mi nie o ten, czy inny plan, lecz o to, aby wogóle odrazu już ustalić jakiś całkowity generalny plan rozmieszczenia wszystkich koniecznych w przyszłości pawilonów i w ten sposób uzyskać na końcu organicznie powiązaną całość, od początku zaś podstawę do opracowania ogólnego kosztorysu i potem do systematycznego, konsekwentnego działania.

Przechodząc do szczegółów, zacznę od tych części szpitala, dla których już przygotowano szczegółowe plany rekonstrukcyi i obliczono koszta, gdzie więc roboty mogą i powinny zacząć się bezzwłocznie. Taką częścią, pilno wymagającą przebudowania i rozszerzenia, nie mogącą się jednakże obejść bez pewnego prowizoryum, są naprzód dwa pawilony chorób wewnętrz-

nych. Równoczesna rekonstrukcya obu pawilonów nawet przy przeniesieniu części chorych do jakiegoś baraku tymczasowego, nie będzie chyba możliwa; gdy więc jeden pawilon będzie się rekonstruować, tymczasem w drugim przepełnienie, i tak już teraz dotkliwe (liczby podałem w dawniejszych mych uwagach), bezwarunkowo wzrośnie. Na ten czas konieczne jest urządzenie rzeczywiście skutecznej wentylacyi (np. elektrycznej), któraby w salach, mieszczących przeważnie chorych gorączkujących, już oddawna istnieć powinna. Obecnie tam właśnie, gdzie chorzy powinni mieć dużo świeżego powietrza, nieraz oddychać nie można, lekarze oddziału z trudnością tylko pracują, a po dwugodzinnem przebywaniu w bardzo złem powietrzu nie mogą już pełnić swych zadań z pożądaną świeżością umysłu; często też zapadają na zdrowiu. Konieczne też jest stworzenie jakiegoś tymczasowego lokalu na podręczne pracownie dla oddziałów wewnętrznych, gdyż w szczupłym pokoiku kancelaryjnym brak nieraz miejsca na wykonanie najkonieczniejszych nawet badań mikroskopowych, chemicznych i serologicznych. Ale, co ważniejsza, projekt rekonstrukcyi, przedstawiony Sejmowi, zwiększa liczbę łóżek na każdym z obu oddziałów wewnętrznych z 88 łóżek tylko na 107, gdy już obecnie na 80 łóżkach (8 łóżek jest dla służby) etatowych mieścić się musi nieraz po 130 chorych. Zrekonstruowane pawilony będą więc odrazu (jak to podniosłem już w r. 1911 i 1912) za ciasne nawet na potrzebę obecną, nie mówiąc już o naturalnym corocznym przyroście ogólnej liczby chorych, chociażby nawet z pawilonów wewnętrznych usunięto gruźlicę »otwartą«, co bezwarunkowo stać się powinno. Dlatego mniemam, że równocześnie z rekonstrukcyą obu starych, powinna być rozpoczęta budowa t r z e c i e g o nowego pawilonu dla chorób wewnętrznych, lub adaptacya na ten cel obecnego budynku administracyjnego, aby usunąć przepełnienie obecne i stworzyć konieczną rezerwę wolnych łóżek, oraz wolny oddech na przyszłość. Druga nasuwająca się tu ewentualność, większe dobudowy celem podniesienia liczby łóżek na obu istniejących oddziałach ponad 107, nie może chyba wchodzić w rachubę, bo takie oddziały byłyby zbyt liczne. I tak już przy 107 łóżkach musi być personal lekarski tych oddziałów zwiększony (przyjmując, że jeden lekarz obsłużyć może dobrze 20 chorych, powinnoby być już obecnie, gdy stan oddziału dochodzi bardzo często do 110 chorych, a czasem liczbę tę przekracza, prócz prymaryusza najmniej po 6 lekarzy na oddziale), a obok prymaryusza powinnoby być utworzone stanowisko »starszego lekarza« (Oberarzt) na wzór instytucyi, oddawna z wielką korzyścią zaprowadzonej powszechnie w Niemczech.

W szpitalu krakowskim takich »starszych lekarzy« potrzebowałyby w stopniu nie mniejszym także inne oddziały. Przy wzrastającej wziętości szpitala krakowskiego garną się do niego coraz liczniej chorzy np. chirurgiczni, liczba poważnych operacyi wzrasta tak szybko, że podołać im przechodzi siły jednostki; obok prymaryusza powinien każdy oddział rozporządzać doświadczoną siłą, mogącą zastąpić prymaryusza w razie np. choroby, koniecznego wyjazdu, urlopu, uzdolnioną do kierowania wykształceniem młodszych, świeżo wstępujących lekarzy szpitalnych, do prowadzenia pracowni oddziałowej, czemu dziś prymaryusz sam jeden nie jest w stanie podołać. Niezmiernie ważnym względem, przemawiającym za wprowadzeniem do szpitala »starszych lekarzy«, jest z jednej strony rosnąca specyalizacya medycyny i konieczność pozyskiwania dla szpitala na s t a ł e sił pomocniczych ze specyalnemi wiadomościami, z drugiej potrzeba wyrabiania przyszłych prymaryuszy dla większych szpitali prowincyonalnych, mających już kilka oddziałów. Oczywiście, aby zatrzymać w służbie takich »starszych lekarzy« na dłuższy szereg lat, trzebaby im zapewnić przynajmniej emeryturę po wysłużeniu pewnego okresu. Dodam, że pomysłu »starszych lekarzy« nie rozciągam tutaj na inne szpitale poza Krakowem. Każdy bowiem szpital jest organizmem żywym, mającym swoją indywidualną linię rozwoju i swe indywidualne potrzeby; im bardziej się tę indywidualność uwzględni, tem szpital będzie sprawniejszy, działalność jego owocniejsza; wciskanie szpitali, zwłaszcza większych, w jakiś zbyt pedantyczny szablon, może im tylko szkodę przynieść. Toteż, pisząc o »starszych lekarzach«, mam na myśli wyłącznie potrzeby szpitala krakowskiego.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 12. III. 1913 posiedzenie, na którem odbył się wykład prof. Dr Bądzyńskiego: »Przemiana materyi w ustroju zdrowym i chorym«.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Maryan Gieszczykiewicz, rodem z Krakowa.

— Prof. Dr Przemysław Pieniążek mianowany został przez Towarzystwo lekarskie krakowskie członkiem honorowym.

— Krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe w XXII. roku swej działalności miało 37.082·60 k. dochodu, w czem legat ś. p. Jerzmanowskiej 40.000 k., wydano 16.962·92 k., ulokowano w walorach 11.485·65 k., gotówki pozostało 8.635·18 k. Majątek Towarzystwa wynosił z końcem r. 1912 — 63.138·22 k. Członków ma Towarzystwo tylko 261, co zupełnie nie odpowiada ani zaludnieniu Krakowa, ani wielkim usługom, jakie Towarzystwo ludności miasta oddaje. W ciągu r. 1912 interweniowało Pogotowie ratunkowe w 5697 przypadkach (od założenia udzieliło ogółem pomocy w 71.980 przypadkach). Oprócz tego przewiozło Pogotowie w r. z. 1886 chorych do szpitali, klinik i t. d. Statystykę działalności Pogotowia co do częstości wyjazdów według dni, tygodni, co do wieku, płci i zatrudnienia chorych, rodzaju przypadków i t. d. zestawił w tegorocznem Sprawozdaniu wyczerpująco i przejrzyście sekretarz Towarzystwa Dr Wacław Zakrzewski. Wobec znacznego wzrostu czynności Pogotowia okazuje się obecny jego lokal w głównej strażnicy pożarnej oddawna za ciasny; wprawdzie w r. z. zdołało Pogotowie uzyskać tam od miasta jeszcze jeden pokój, który użyto na rozszerzenie sali opatrunkowej, niemniej jednak potrzeba własnego, obszerniejszego budynku staje się naglącą. Sprawa ta znajduje się na dobrej drodze, wkrótce już bowiem otrzyma zapewne Pogotowie od miasta bezpłatnie pod budowę domu około 200 sążni w sąsiedztwie strażnicy pożarnej, a Towarzystwo zgromadziło już także pewne zasoby pieniężne, pozwalające budowę rozpocząć. Także i z innego względu wstępuje Towarzystwo w nowy okres; mianowicie w r. z. powiodło mu się ostatecznie uregulować sprawę stałych dyżurów lekarskich, które pełniło 7 lekarzy (koszt pomocy lekarskiej wynosił 12.336 k.); oprócz tego pełniło równocześnie służbę ratowniczą 60 rygorozantów i starszych studentów medycyny. Prezesem Towarzystwa był r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz, wiceprezesem Prof. Dr Braun, sekretarzem Dr W. Zakrzewski, kierownikiem Pogotowia Dr Pachoński.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. III. do 8. III. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 2 † —), krztuśca 2, ospy wietrznej 1, płonicy 5 † 2 (1 † —), odry 3, duru brzusznego — † — (— † —), czerwonki 1 † — (1 † —), róży 1 † 1.
Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 3. III. do 10. III. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 1 † 1, duru wysypkowego 3 † —, róży —.
Dr Trenkner.

Zmarli: Lord Ilkeston (Dr Foster) jedyny lekarz powołany do Izby lordów.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Purgen. Prof. Dr Roberto Wernicke ogłasza w »Annales del Circulo Médico« Buenos Aires, lipiec 1904. wynik swych doświadczeń na 50 chorych w »Hospital de Clinikas« i uważa na tej podstawie purgen za najlepsy środek przeczyszczający dzisiejszej doby.
Ba: W.

Rok LII. Kraków, dnia 22. marca 1913. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem.

Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro

(na mocy 500 własnych spostrzeżeń)

napisali

Dr Kazimierz Dłuski i **Dr Stefan Rudzki**

Dyrektor Sanatoryum I. asystent.

(Ciąg dalszy).

Wcieranie maści tuberkulinowej podług Moro odbywa się, jak wiadomo, w ciągu $^3/_4$ – 1 minuty przy umiarkowanym ucisku na przestrzeni skórnej, nie większej niż 5 cm.

Niektórzy autorzy, jak Chybczyński, używali przy wcieraniu palca gumowego, »w celu ochrony własnej skóry«. Prawdopodobnie w tym samym celu wciera Wilczyński »tłoczkiem strzykawki lub końcem próbówki«. Jest to jednak zupełnie zbyteczne, gdyż u lekarzy po wcieraniach maści tuberkulinowej palcem nigdy nie spostrzegano odczynu, co objaśnia się tem, iż dłoniowa powierzchnia palca zupełnie jest pozbawiona mieszków włosowych (W. Eisner), oraz grubością naskórka w tem miejscu (Moro).

My ze swej strony nadmienić możemy, że pomimo wykonania przeszło 600 wcierań (wliczamy tu przypadki i poza chorymi zakładowymi) maści tuberkulinowej nieochronionym palcem, u żadnego z nas nigdy nie wystąpił miejscowy odczyn.

Naogół tedy technika próby Moro jest nadzwyczaj prosta; zgadzają się co do tego wszyscy badacze prócz jednego Wolff-Eisnera, który »nie przyłącza się do zachwalań odczynu Moro, gdyż inne metody tuberkulinowe są prostsze, mniej czasu zajmują i mniej są uciążliwe dla chorych [8]«.

Po wtarciu w skórę maści tuberkulinowej Moro, — w razie dodatniego odczynu występuje, jak wiadomo, na miejscu wcierania wysypka w postaci mniej lub więcej licznych czerwonych guzkowatych wykwitów.

Odczyn zjawia się podług Moro już w końcu pierwszej doby po wtarciu, czasami dopiero po 48 godzinach, bardzo rzadko później. W ciągu pierwszych 12 godzin rzadko występuje odczyn, o ile jednak tak wcześnie zjawiać się zaczyna wysypka, bywa ona później bardzo silną, zdaniem zaś Wolff-Eisnera daje rokowanie niepomyślne. Myśmy spostrzegali zwykle przy silniej wyrażonym odczynie już po 12 godzinach zaczerwienienie miejscowe, czasem ze swędzeniem, nieraz z lekką wysypką; ujemnego jednak znaczenia ten wczesny odczyn nie miewał wbrew twierdzeniu W. Eisnera. Najsilniejszy wykwit występował także według naszych spostrzeżeń zgodnie z innymi autorami po 48 godzinach. Spóźniony odczyn, spostrzegany przez Chlumskyego, Bullingera i innych, widywaliśmy kilka razy (po 3—4 dniach, a nawet po tygodniu), słuszne też jest zdanie Wetzla, iż obserwować chorego należy przez tydzień.

Co do siły odczynu, odróżnia Moro — jak wiadomo — trzy stopnie: słaby odczyn, gdy na miejscu wcierania zjawia się bardzo mało (od 1—10 mniej więcej) pojedynczych bladych lub zaczerwienionych guzków o obwodzie 1—3 mm., zawsze występujących bez swędzenia; średnio silny odczyn (mittelstarke Reaktion): na miejscu wtarcia występują bardzo liczne (50, 100 i więcej) guzki o obwodzie 1—3 mm., częściowo grupami i zlewające się; towarzyszy temu często lekkie swędzenie. Silny wreszcie odczyn, gdy na miejscu wtarcia, a najczęściej i naokoło, występują guzki liczne (50, 100 i więcej), wybitnie czerwone i z wysiękiem, o obwodzie nieraz 5—8 mm; swędzenie jest zawsze w tej postaci.

Podział ten w praktyce jest nieraz trudny do przeprowadzenia wobec przejściowych postaci, które sam Moro podaje (n. p. połączenie pierwszego i trzeciego stopnia, gdy wysypuje się kilka zaledwo wykwitów, lecz dużych i pęcherzykowatych, lub też przejście od pierwszego do drugiego stopnia, gdy na miejscu wtarcia występują liczne, ściśle ugrupowane obok siebie, bardzo drobne, nie przenoszące $^1/_2$ mm., w obwodzie czerwone guzki na bladej skórze [odczyn prosówkowy, miliare Reaktion]). Postacie takie, zwłaszcza pierwszą odmianę (przejściową pomiędzy I a III stopniem) i myśmy nieraz spostrzegali. Główna jednak trudność w podziale polega na niejasności, wprowadzonej przez samego Moro: niewiadomo mianowicie, do jakiego stopnia zalicza on odczyn, jeśli występuje kilkanaście lub kilkadziesiąt guzków (od 10—50) o zwykłem wejrzeniu bez pęcherzyków. Wobec tej niedokładności w opisie Moro, uważaliśmy za pierwszy stopień odczynu wystąpienie 1—50 guzków, ściśle na miejscu wcierania ułożonych, bez wysięku i bez swędzenia; za drugi stopień, jeśli ilość guzków była większa ponad 50 lub jeśli przy kilkunastu albo kilkudziesięciu guzkach zaczerwienienie lub wysypka były naokoło miejsca wtarcia i jeśli wysypce towarzyszyło swędzenie. Trzeci wreszcie stopień, jeśli wykwit był bardzo obfity, kilkadziesiąt i więcej guzków, przechodzących w pęcherzyki z surowiczą lub ropną treścią; wysypka przytem występu-

jąca i poza obrębem miejsca wtarcia i zawsze ze swędzeniem.

Kierując się takim podziałem, stwierdzić mogliśmy na swym materyale: pierwszy stopień 288 razy (około 50%), drugi stopień 71 razy (t. j. 12% od ogólnej ilości 579 wcierań); trzeci zaś tylko 22 razy (około 4%). W reszcie — 198 przypadków — odczyn wypadł ujemnie[9]).

Dane te zgadzają się w ogólnych zarysach ze spostrzeżeniami innych autorów: tak np. Kanitz otrzymywał »w większości przypadków« pierwszy stopień odczynu, »dość często« drugi, raz jeden trzeci. Bullinger widywał »przeważnie słaby odczyn«. W przypadkach Emmericha »przeważał słaby stopień odczynu, trzeciego stopnia nie było«, Chybczyński spostrzegał wyraźny odczyn w 46 przypadkach, »zwykle średni«.

Słaby odczyn — według Moro — trwa zwykle kilka dni zaledwo; średni trzyma się bez zmiany przez wiele dni i stopniowo blednie; po silnym odczynie pozostaje brunatna pigmentacya na miejscu wtarcia nawet po kilku tygodniach. Zdanie to — zwłaszcza co do silnego stopnia odczynu — podzielają i inni badacze (jak Monti, Kanitz). My ze swej strony również widywaliśmy ślady po silnym odczynie nieraz po kilku tygodniach.

Poza swędzeniem (w silniejszych stopniach odczynu) oraz paleniem miejscowem (Bullinger), chorzy nie doznają żadnych dolegliwości po wtarciu maści Moro.

Jak wynika z piśmiennictwa, ani sam Moro, ani żaden z autorów, zajmujących się jego metodą, nie mogli stwierdzić żadnych ogólnych objawów w postaci czy to niedomagania, czy wzniesienia ciepłoty. Jeden tylko Wetzell wypowiada przypuszczenie, że maleńkie wzniesienia ciepłoty mogłyby być po wcieraniu maści Moro, gdyż »bądź co bądź małe ilości tuberkuliny wprowadzane są do ustroju«, lecz »są one tak małe, że ogólnych objawów odczynowych zwykle zauważyć nie można«. Wetzell rozumuje tu na mocy analogii z innemi próbami tuberkulinowemi (oczna W. Eisnera, skórna Pirqueta), w których takie nieznaczne wzniesienia ciepłoty spostrzegali W Eisner, Lemaire, Burnet, Kraemer.

Korzystając z tego, że nasi chorzy sanatoryjni mierzą ciepłotę stale co 2 godziny, zwróciliśmy szczególną uwagę na zachowanie się ciepłoty przed i po wcieraniu maści Moro — i ostatecznie stwierdzić możemy zupełny brak wpływu maści na ciepłotę.

Jako uboczne działanie swej maści zaznacza Moro jedynie występowanie w bardzo rzadkich przypadkach zmian skórnych daleko od miejsca wtarcia. U dzieci spostrzegał on przy silnych stopniach odczynu wysypkę guzkową nietylko na miejscu wtarcia, lecz i w dalszych okolicach, np. na tułowiu i kończynach (disseminierte Fernreaktion der Haut). Jako drugą, rzadszą odmianę nietypowego odczynu podaje Moro symetryczną wysypkę na odpowiedniem miejscu skóry z drugiej strony wtarcia lub t. zw. »dislozierte Reaktion« (nieliczne guzki na miejscu wtarcia, lecz za to ograniczoną wysypkę na innem sąsiedniem miejscu skóry). Trzecią odmianę opisuje on w postaci półpaśca z guzków (halbseitige gürtelformige Mitreaktion der Haut). Wszystkich tych odmian jednak zaledwo pojedyncze przypadki spostrzegał Moro na swym licznym materyale Wreszcie w 5 przypadkach widział Moro po swej maści ogólną wysypkę: dwa razy był to wykwit, podobny do płoniczego, raz podobny do odry, raz o charakterze ogólnego znikającego rumienia, raz wreszcie w postaci rozlanej plamicy z rumieniem guzowatym.

Myśmy wśród całego naszego materyału raz jeden mieli uboczną wysypkę, która mogła zaniepokoić chorą. Dotyczyło to chorej 26-letniej z bardzo małemi zmianami w płucach. 13. II. 1911 wtarto jej wieczorem maść tuberkulinową w dołku podsercowym; w 2 godziny potem wystąpiło przelotne zaczerwienienie w dole brzucha; w 12 godzin w dole brzucha zaczerwienienie silne, na miejscu wtarcia kilka czerwonych guzków; po 24 godzinach w dołku kilkanaście pęcherzyków o bardzo zaczerwienionej podstawie; po 36 godzinach pęcherzyki czerwieńsze, zaczerwienienie w dole brzucha znika; po 48 godzinach występuje placek czerwony na zewnętrznej powierzchni prawego przedramienia; w dołku kilkadziesiąt paskiem idących, bardzo czerwonych pęcherzyków. Wysypka na ręku i w dole brzucha znikła po paru dniach, w dołku ślady pozostały jeszcze po paru tygodniach.

Próba więc tuberkulinowa Moro, jak nasze badania potwierdzają, żadnej szkody choremu przynieść nie może, co słusznie sformułowali Bandelier i Roepke w słowach: »(sie ist) absolut harmlos unter allen Fällen«. Zdanie to podzielają wszyscy badacze, którzy pracowali w tej dziedzinie.

W tej nieszkodliwości jest już wielka przewaga próby Moro nad innymi odczynami tuberkulinowymi, w szczególności nad ocznym odczynem W. Eisnera, po którym, jak wiadomo, występują nieraz ciężkie powikłania ze strony oka.

Powstaje jednak pytanie, czy próba Moro dorównuje pod względem klinicznym innym odczynom tuberkulinowym i jakie ma ona znaczenie dla rozpoznania i rokowania w gruźlicy.

Już na wstępie zaznaczyliśmy wątpliwości, podnoszone co do swoistości odczynów tuberkulinowych wogóle. Większość jednak autorów, pomimo badań Entza, Schicka, Hamburgera, Sorgo, stoi i obecnie na tem stanowisku, że dodatnie wyniki w odczynach tuberkulinowych przemawiają za zakażeniem gruźliczem danego ustroju (co Niemcy odróżniają przez dwa terminy: Tbc-Infektion i Tbc-Krankheit). Swoistość taka, w klinicznem znaczeniu tego wyrazu, właściwa jest próbie Moro.

Wspomniane w pierwszej części artykułu liczne dodatnie wyniki u osób »klinicznie niepodejrzanych« co do gruźlicy lub u chorych na inne cierpienia, jak plamica padaczka i t. d. świadczyłyby tylko o tem, że dane osoby miały ukryte zmiany gruźlicze, których zwykłymi sposobami klinicznymi wykazać się nie udało. I słusznem wydaje się zdanie Moro, iż »es geht nicht an, eine offenbar feinere diagnostische Probe mittelst gröberer Untersuchungsmethoden zu überprüfen«[10]).

Nasze osobiste badania nie mogą się przyczynić do ustalenia swoistości odczynu tuberkulinowego Moro, gdyż badaliśmy jedynie chorych na gruźlicę; natomiast

[9]) Zwracamy uwagę, iż chodzi tu o odsetkowy stosunek dodatnich wyników do całej ilości wcierań, który się różni od takiegoż stosunku do całej ilości chorych.

[10]) Beitrage z. Kl. d. Tbc. B. XII. 245.

właśnie na tym jednolitym materyale rozpatrzeć możemy, kiedy właściwie otrzymujemy w gruźlicy dodatni odczyn tuberkulinowy, a kiedy ujemny.

Na ogólną liczbę 500 zbadanych chorych 355, t. j. 71%, oddziaływało dodatnio, 145 zaś, t. j. 29%, ujemnie. Jeśli teraz porównamy te dane z liczbami, otrzymanemi przez innych autorów u osób ze stwierdzoną gruźlicą, to mamy następujące wyniki: Lejeune otrzymał dodatni odczyn u 92% swych chorych (na 13 przypadków u dorosłych), Monti w 88% (u dzieci), Moro w 83% (u dzieci), Heinemann w 70% (dorośli), Wetzell w 64% u dorosłych i w 100% u dzieci (na 6 przypadków zaledwo), Bullinger w 64% (dorośli), Emmerich w 60% (dorośli), Chlumsky w 58% gruźlicy chirurgicznej, Bandelier i Roepke w 54% (u dorosłych), Kanitz w 49% (u dorosłych i dzieci).

Liczby te są bardzo różnolite i wahają się od 49 do 92%. Na ogólną zaś liczbę 433 przypadków pewnej gruźlicy, podanych przez tych autorów, w 289 t. j. w 67% był odczyn dodatni.

Ciekawe jednak jest, że najmniej dodatnich wyników otrzymali ci autorzy, którzy wcierali maść w przedramię (Kanitz, Bandelier i Roepke, poniekąd Chlumsky), co podnosi i sam Moro w swej późniejszej pracy [11]).

Drugi wniosek, wpadający w oczy na mocy powyższych liczb, jest ten, że u dzieci gruźliczych odsetek dodatnich wyników jest znacznie wyższy, niż u dorosłych.

Poddając bliższej analizie nasz materyał, rozpatrzymy, w jakim wieku i w jakim okresie choroby odczyn dodatni najczęściej występował.

Wśród naszych 500 chorych mieliśmy naogół 14 dzieci do lat 15, z nich u 12 wystąpił dodatni odczyn (86%); w wieku 15—20 lat na 74 osób oddziaływało dodatnio 53, t. j. 72%, w wieku 21—50 l. na 396 chorych dodatni odczyn otrzymaliśmy u 285, t. j. również w 72%; wreszcie u osób starszych ponad 50 lat z liczby 16 zaledwo u 5 odczyn był dodatni, t. j. w 33% I tu więc występuje zjawisko, już wyżej podkreślone, iż dzieci gruźlicze naogół oddziałują najsilniej na odczyn tuberkulinowy Moro, z wiekiem zaś odczyn dodatni coraz rzadziej występuje i wreszcie u osób podeszłych pomimo niewątpliwej gruźlicy dodatni odczyn zdarza się zaledwo w $1/3$ przypadków.

Wyniki te co do częstości oddziaływania na maść Moro nie różnią się zasadniczo od opisywanych przy stosowaniu odczynów Pirqueta i Wolff-Eisnera.

Sam Moro znajduje równoległość swej metody z odczynem skórnym Pirqueta zarówno w wynikach, jak i w przebiegu, uznaje jednak, że próba z maścią jest nieco mniej czuła od próby Pirqueta.

Pirquet dochodzi do wniosku, że przy wcieraniu maści tuberkulinowej można osiągnąć prawie tyleż dodatnich wyników, jak i w skórnym odczynie, a w każdym razie stawia ją wyżej od ocznej próby ze względu na nieszkodliwość.

Wolff-Eisner jest tego zdania, że próba Moro pod względem rozpoznawczym stoi pomiędzy skórną a oczną, t. j. w pewnej ilości przypadków, gdzie odczyn Pirqueta jest dodatni, odczyn Moro wypada ujemnie, i odwrotnie, gdzie próba z maścią daje dodatni wynik, tam próba oczna wypada ujemnie [12]).

Wetzell w swej wyczerpującej pracy przytacza zdanie, iż Wolff-Eisner, Pirquet, Petit, Sprakel, Krämer przy metodach skórnej i ocznej u osobników z pewną gruźlicą otrzymywali 80—90% dodatnich wyników (co przy 70% po zastosowaniu próby Moro świadczyłoby o mniejszej czułości tej metody). W innem jednak miejscu zaznacza Wetzell, iż odczyn Moro, zarówno jak i odczyn Pirqueta u dorosłych wypada prawie zawsze dodatnio, rozpoznawczo więc ta próba jest mało pożyteczna. Fakt, iż u 70% nie podejrzanych co do gruźlicy otrzymał on dodatni skutek po wcieraniu maści tuberkulinowej, objaśnia sobie Wetzell złem dawkowaniem tuberkuliny przy naskórnem stosowaniu: wessanie zależy tu od ucisku przy wcieraniu, który nie podlega kontroli; ważną rolę odgrywa tu grubość naskórka, ilość i wielkość porów, przez które maść może wejść do głębszych warstw, bogactwo soków w skórze. Pod względem tedy dokładności próba Moro niżej stoi od prób Pirqueta i Wolff-Eisnera. Wetzell sądzi, że koncentracya maści jest nieszczęśliwie dobrana i że należałoby ją może o połowę rozcieńczyć.

Większe znaczenie nadaje Wetzell dodatniemu odczynowi Moro w wieku dziecięcym, gdyż znalazł on u dzieci mniejszą liczbę dodatnich wyników (w 55%) i sądzi, że wskazują one prędzej na czynną sprawę.

Kanitz wreszcie, który sam przyznaje na początku swej pracy, że z góry uprzedzony był do prób tuberkulinowych wogóle, wyraża zdanie, iż odczyn Pirqueta jest za czuły (90% dodatnich wyników u dorosłych), odczyn Moro zaś jest mniej czuły. Badając porównawczo wszystkie trzy odczyny tuberkulinowe na 78 przypadkach pewnej gruźlicy znalazł Kanitz, iż próby Pirqueta i Wolff-Eisnera dały 7·5% ujemnych wyników, gdy odczyn Moro wypadł ujemnie aż w 64·1%. Wobec wielkiej ilości ujemnych wyników w stwierdzonej gruźlicy Kanitz nie uważa maści Moro za ściśle swoisty odczyn dla gruźlicy.

Z naszych autorów pesymistyczne zapatrywania na próbę z maścią tuberkulinową wypowiada H. Wilczyński w swej krótkiej notatce p. t.: »Odczyn gruźliczy Moro«. Opisuje on tu swe wrażenie, jakie otrzymał o wartości próby w rozpoznaniu i rokowaniu, a wrażenie to jest tego rodzaju, że »użyteczność odczynu jest bardzo wątpliwa«, gdyż nie jest on czułym i »jeśli próba tuberkulinowa ma wogóle oznaczać, że gdzieś lub kiedyś w ustroju była lub jest gruźlica, to próba Moro tej zasadzie wcale nie odpowiada«. Żadnych faktycznych danych na poparcie swego zapatrywania Wilczyński nie przytacza.

Zbierając w jedno zdania różnych autorów o znaczeniu rozpoznawczem dodatniego odczynu Moro, stwierdzić należy, że ogromna większość uważa go za swoisty dla gruźlicy i pożyteczny w rozpoznaniu, chociaż mniej czuły od innych prób tuberkulinowych.

(C. d. n.).

[11]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 251.

[12]) Berl. kl. Woch. 1908, Nr 30.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Ale właśnie tego rodzaju spostrzeżenia miały ogromne znaczenie dla rozwoju wiadomości o fizyologicznej roli przysadki mózgowej, dostarczając materyału do badania skutków częściowego jej braku i niesprawności, leżącej niewiele poniżej dozwolonej jeszcze granicy.

Paulesco, Cushing i szereg innych autorów, wśród nich i Aschner, który życiowej nieodzowności przysadki nie uznaje, podali, że u zwierząt, o ile zabieg przeżyły, rozwija się stan, przypominający pod wielu względami cherę tarczycową. Zwierzęta młode przestają rosnąć, stają się ociężałe, posępne, tkanka tłuszczowa narasta nadmiernie, narząd rodny nie rozwija się dalej, wtórne znamiona płciowe zacierają się zupełnie, o ile zaś w chwili zabiegu zwierzę pod tym względem było rozwinięte, nastaje cofanie się i zanik. Zupełnie słusznie mówić tu można o cherze przysadkowej.

Do ram tego obrazu przystaje bardzo dobrze postać choroby, opisana przez Froehlicha[99]) pod nazwą zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego — »dystrophia adiposogenitalis«. Według ogólnie prawie przyjętego zapatrywania jest ona następstwem daleko posuniętej niesprawności przysadki i jako taka stoi na tym samym poziomie pod względem ogólnie pojętej etyologii, co obrzęk śluzowaty, choroba Addisona i in. t. p. choroby, mające swe źródło w wygasaniu czynności wydzielniczej niektórych narządów.

Mielibyśmy w ten sposób postać choroby doświadczalnej u zwierząt i samorodnej u ludzi, obie oparte na temsamem tle, na tle niesprawności przysadki mózgowej. Wobec analogii z tarczycową cherą i z obrzękiem śluzowatym, powstać musi siłą rzeczy pytanie, czy ta analogia nie sięga także i w przeciwnym kierunku, czy nie ma jakiegoś stanu, któryby był wyrazem czynności przysadki ogromnie wzmożonej.

Odpowiedzieć na nie możemy twierdząco i wskazać na akromegalię, jako na tę postać chorobową, której źródła szukać trzeba w nadmiernej wytwórczości przysadki i pojmować ją jako następstwo przeładowania ustroju wydzieliną tego gruczołu. Obok hipertyreoidyzmu staje hiperpituitaryzm. Takie pojęcia miał o akromegalii już w r. 1894 Tamburini[100]), później podzielił je z nim Benda[101]), a w ostatnich czasach zyskało ono bardzo wielu zwolenników. Ze szczególnem powodzeniem udowadniał jego prawdziwość zwłaszcza B. Fischer[102]). Ważnych i istotnie bardzo rzeczowych dowodów dostarczyła tu wspólnie chirurgia i anatomia, względnie histologia patologiczna. Pierwsza, głównie przez Hochenegga, pokazała, iż przez usunięcie nadmiernie rozrosłego gruczołu można wyleczyć akromegalię; druga stwierdziła, że guzy przysadkowe w przypadkach czystej akromegalii są gruczolakami o tem samem utkaniu, co sam gruczoł. Za dowód, jak bardzo się rozpowszechniło zapatrywanie, wiążące akromegalię z przerostem przysadki, posłużyć może między innemi i ta okoliczność, że spotykamy się już z niem w najnowszych podręcznikach medycyny wewnętrznej, np. w podręczniku napisanym przez Kindborga[103]), a zasługującym, mówiąc nawiasem, na rzetelne uznanie.

Wraz z postawieniem w ten sposób sprawy etyologii wymienionych chorób, z których każda przebiega wśród objawów znacznych zaburzeń odżywczych, stanąć musiały na porządku dziennym badania, mające za cel dokładne poznanie wpływów, wywieranych przez przysadkę na cały szereg czynności wegetatywnych.

W pierwszym rzędzie zależeć musiało na określeniu zmian w zakresie przemiany materyi, powstających tak skutkiem niesprawności, jak i skutkiem nadmiernie wzmożonej czynności przysadki. Badania, zajmujące się tą sprawą, nie rozstrzygają jeszcze wszystkich zagadnień, ale w każdym razie wystarczają na to, aby można było wyrobić sobie o nich przynajmniej zasadniczy pogląd.

O ile chodzi o zawieszenie czynności gruczołu, to wyniki badań streścić można w ten sposób, że brak lub znaczna fizyologiczna niesprawność przysadki pociągają za sobą powszechne zmniejszanie się energii spalania materyałów odżywczych. Stany wytwórczości zwiększonej odznacza spotęgowanie, nadmierna żywość przemiany materyi.

U zwierząt, które przeżyły odcięcie gruczołu, spostrzegano stale mniejsze zużywanie tlenu i mniejsze wydzielanie bezwodnika kwasu węglowego; współczynnik oddychania nie sięga u nich prawidłowej miary. Zewnętrznym wyrazem takiej otrętwiałości ustroju jest znaczne gromadzenie się tłuszczu. Ale niedostateczne spalanie nie odnosi się do samego tylko tłuszczu. Dotyczy ono w równej mierze także przemiany ciał białkowatych. Przerabianie ich jest niedostateczne, ustrój nawet przy względnie małych ilościach spożywanego białka zatrzymuje je jeszcze w pewnej ilości. Bilans azotu jest stale dodatni. Ta nadwyżka nie służy jednak do celów wytwórczych, do budowy organicznej, uważać ją raczej trzeba za martwy materyał i w ten sposób tłómaczyć ociężałość i bezsilność zwierząt. O takich następstwach hipopituitaryzmu mówią nam doświadczenia i rozbiory wszystkich badaczy, którzy się tą sprawą zajmowali [Aschner[104]), Benedict, Francis i Hommans[105]), Aschner i Porges[106])]. Przeważnie pochodzą one z najnowszych czasów i zostały wykonane zupełnie ścisłemi metodami. Aby dać miarę w liczbach o osłabieniu sprawy utleniania, wystarczy przytoczyć jedno z doświadczeń Aschnera i Porgesa, w którem ilość tlenu, zużywanego przez zwierzę w przeciągu minuty, wynosiła tylko 8·129 cm sześc. na 1000 cm powierzchni ciała. Najniższa spostrzegana liczba wynosiła u zwierzęcia prawidłowego 11·09 cm sześc. Nie dziwne wobec tego, że zwierzęta pozbawione przysadki okazują znacznie niższą ciepłotę ciała, aniżeli zwierzęta prawidłowe, że są przytem bardzo wrażliwe na chłód.

Wprost przeciwnie zachowuje się przemiana materyi u zwierząt, które przez dłuższy przeciąg czasu spożywały w ilości znaczniejszej przysadkę lub otrzymywały wstrzykiwania sporządzonych z niej wyciągów. Już samo chudnięcie zwierząt, poddanych tym doświadczeniom, stwierdzone przez

---

99) Froehlich. Wiener klin. Rundschau 1901. S. 883. Na uwagę ze względu na piśmiennictwo i obszerną kazuistykę zasługuje praca L. Picka o zwyrodnienia typu Froehlicha. Deutsche med. Wochenschr. 1911. S. 1930.

100) Tamburini. cyt. wedł. Biedla: Innere Sekretion. 1910. S. 306.

101) Benda. Ibidem.

102) B. Fischer. Hypophysis, Akromegalie u. Fettsucht. Wiesbaden 1910.

103) Kindborg. Theorie u. Praxis der inneren Medizin. Berlin 1912. T. II.

104) Aschner. l. c.

105) Benedict, Franzis, Hommans l. c.

106) Aschner i Porges. Zentrbl. f. d. ges. inn. Med. u. ihre Grenzgeb. 1912, I. S. 540.

Thompsona [107]), Cushinga [108]), Urechia [109]) i wyraźnie zaznaczone, wskazuje na większe zużywanie zasobów odżywczych i na przyspieszenie sprawy spalania wogóle. Cyfrowych danych pod tym względem nie posiadaliśmy do niedawna zupełnie. Dopiero w ostatnich czasach ukazała się praca Bernsteina i Falty [110]) z wiadomością o wpływie śródmięśniowych wstrzykiwań wyciągów z części nerwowej i gruczołowej przysadki; każdy rodzaj wyciągu wywiera inny skutek. Pod wpływem pierwszego z nich (pituitrinum infundibulare Parke & Davis) zwiększa się zużywanie tlenu i wydzielanie bezwodnika węglowego, a wraz z tem także wytwarzanie ciepła. Wyciągi z części gruczołowej działają wprost przeciwnie. Natomiast znajdujemy w sprawozdaniach, pochodzących z kilku ostatnich lat, zwłaszcza zaś w pracach, ogłoszonych przez Faltę [111]) i jego współpracowników oraz przez B. Fischera [112]), zupełnie ścisłe wyniki o przemianie białka. Udowadniają one liczbami, że przemiana ciał azotowych jest znacznie wzmożona. Rozpad białka zwiększa się w miarę trwania doświadczeń i utrzymuje się jeszcze czas pewien po zaprzestaniu karmienia przysadką lub wstrzykiwań jej wyciągów.

Wyniki badań przemiany materyi w akromegalii nie są jednakowe. W każdym razie spotykamy szereg prac, które mówią o większej energii spalania (M. Levy [113]). Przyczyna różnic zależeć może i prawdopodobnie nawet zależy od chwilowego stanu chorych, który w takiej przewlekłej chorobie niewątpliwie się zmienia. Przypuszczenie to jest tem bardziej uzasadnione, skoro wskazać tu można na analogiczne różnice, spotykane u chorych na chorobę Basedowa, zmiękknienie kości itd.

Już na podstawie tego, co nam mówią badania o wpływie przysadki na przemianę białka i na całokształt procesu spalania w ustroju, zaliczyćby ją należało do rzędu gruczołów, dostarczających w tym zakresie hormonów, które ustrój podniecają i postawić ją w tym samym szeregu, w którym stoją nadnercza i tarczyca, a tem samem oświadczyć się za ścisłym związkiem jej wydzieliny z wegetatywnym układem nerwowym. Związek ten uwydatnia się jeszcze dokładniej przez działanie wyciągów z przysadki na przemianę węglowodanów, na serce, na źrenicę, na naczynia krwionośne, oraz na resztę układu mięśni gładkich.

Już patologia akromegalii wskazuje, że między przysadką a gospodarstwem węglowodanowem zachodzi bliższy stosunek. Wcale liczne spostrzeżenia mówią, że w przebiegu tej choroby pojawia się nader często, a jak niektórzy autorowie [Borchardt [114]), Fischer [115])] utrzymują, zawsze, bądź stały, bądź też przemijający cukromocz. Nowsze badania wykazują nadto, że ustrój takich chorych nie posiada prawidłowej zdolności do przyswajania i spalania cukru, czego wyrazem jest łatwe powstawanie cukromoczu pokarmowego. Bardzo cenne uzupełnienia powyższych, klinicznych spostrzeżeń przyniosły doświadczenia Borchardta, wykonane na królikach i na psach. U królików występuje, według tych badań, po wstrzykiwaniach wyciągów z przysadki (pituitrinum infundibulare) w każdym przypadku cukromocz z wyraźną hipoglikemią. Psy nie oddziałują wprawdzie w ten sam sposób, ale zato stają się bardzo wrażliwe na działanie nadnerczyny. Po poprzednich wstrzykiwaniach pituitryny wywołują nawet bardzo małe dawki adrenaliny cukromocz nadnerczowy (Falta). Możnaby wobec tego mówić o podobnem naczulaniu przez hipofizynę, jakie niektórzy autorowie przyjmują dla przetworów tarczycy, a to tembardziej, skoro badania Aschnera [116]) pokazały, że zwierzęta, pozbawione przysadki, nie są dość wrażliwe na działanie nadnerczyny. Analogia między przysadką a tarczycą nie potrzebuje tu osobnego podnoszenia.

Jakkolwiek po wstrzykiwaniach pituitryny powstaje, przynajmniej u królików, zasadniczo to samo zjawisko cukromoczu, co po wstrzykiwaniach nadnerczyny, to jednak wydzielanie cukru w obu przypadkach nie jest zupełnie jednakowe. Już ilość wydzielanego cukru jest różna. Po wyciągach z przysadki pojawia się on raczej w dobrze tylko spostrzegalnych śladach, po nadnerczynie jest go znacznie więcej, przytem znajduje się zwykle w jednej tylko porcyi moczu, najczęściej dopiero po 2 godzinach. Na podniesienie zasługuje i ten jeszcze szczegół, że wstrzykiwania, powtarzane w niezbyt długich odstępach czasu, nie wywołują żadnego widocznego wpływu. Wnosićby z tego można, że ciała działające w obu wyciągach nie są identyczne. I za tem oświadcza się także na podstawie dokładniejszych badań chemicznych Allers [117]).

Nie przeszkadza to zresztą zupełnie, żeby samo powstawanie cukromoczu tak przysadkowego, jak i nadnerczowego tłómaczyć w jednakowy sposób, przyjmując żywsze, ponad miarę sięgające, uruchomienie węglowodanów, albo raczej, wyrażając się dokładnie, nadmiernie raźne przysposabianie cukru z glikogenu, złożonego, jako materyał zapasowy, w fizyologicznych składach, w pierwszej linii w wątrobie. Przypisujemy je niezwykłemu podnieceniu współczulnego układu nerwowego.

Trudniejby było rozstrzygnąć stanowczo pytanie o pochodzeniu rozszerzenia źrenicy przysadkowego u żab, opisanego przez Pola [118]), Borchardta, Allersa i in. Rozszerzenie źrenicy, które występuje po zwilżeniu wyłuszczonego oka wyciągiem z przysadki, może być tak następstwem bezpośredniego podrażnienia mięśnia rozszerzającego, jak i wynikiem podrażnienia włókienek współczulnych, zaopatrujących tenże mięsień. Trzecia możliwość, porażenia gałązek autonomicznych, mało jest prawdopodobna. Za pierwszem z tych przypuszczeń zdaje się przemawiać bezpośredni wpływ pituitryny na mięśnie gładkie naczyń krwionośnych.

O tem działaniu wspomnieliśmy już ogólnikowo na wstępie naszego sprawozdania o przysadce. Badania, zajmujące się jego poznaniem, rozpoczęli jeszcze w r. 1894 Oliver i Schäfer [119]) i pierwsi podali, że wyciągi przysadkowe, wstrzyknięte do żył, podnoszą znacznie parcie krwi. Wkrótce potem dodał do tego Hovell [120]) wiadomość o wyłącznej skuteczności w tym kierunku wyciągów, przyrządzonych z tylnej części gruczołu. Bardzo systematycznie zajął się nieco później sprawą stosunku przysadki do narządu krążenia Cyon [121]), wykonał cały szereg doświadczeń i na ich podstawie nietylko określił dokładniej wpływy wstrzykiwań wyciągów, ale stworzył osobną teoryę o fizyologicznej roli przysadki, uwzględniającą przedewszystkiem krążenie mózgowe. Ma ona polegać głównie na jego normowaniu i na utrzymywaniu we właściwej mierze parcia krwi w naczyniach mózgowych, i to przy ważnym współudziale rozgałęzionej sieci naczyń tarczycy. Teoryą tą bliżej zajmować się nie będziemy, krytyczny jej rozbiór, i to skreślony z dwóch przeciwnych stanowisk, znajduje się w pracach Biedla i B. Fischera.

---

107) Thompson. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1909. 148.

108) Cushing. l. c.

109) Urechio. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1909. S. 148.

110) Bernstein i Falta. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1912. S. 536.

111) Falta. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1909. S. 138.

112) B. Fischer. l. c.

113) M. Levy. v. Noordens Handb. d. Pathol. d. Stoffw. II, 350.

114) Borchardt. Zeitschrift f. klin. Mediz. LXVI, 332.

115) B. Fischer. l. c.

116) Aschner. l. c.

117) Allers. Zentrblt f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1909. S. 627.

118) Pol. Wiener klin. Wochenschrift. 1909. S. 137.

119) Oliver i Schäfer zob. L. Korczyński: Rozwój i obecne stanowisko organoterapii. Przegl. lek. 1901.

120) Hovell. Ibidem.

121) Cyon. Die Gefässdrüsen als regulatorische Schutzorgane des Zentralnervensystems. Berlin 1910.

Równolegle z poznaniem wpływu hipofizyny na parcie krwi postępowały badania, zmierzające do poznania mechanizmu i miejsca działania wyciągów. Nie spuszczano przytem z oka analogicznego działania nadnerczyny.

Badania Pala [122]) wykazały przed paru laty, że wpływ wyciągów przysadkowych jest powszechniejszy, aniżeli nadnerczyny. Skurcz naczyń, od którego wzrost parcia w znacznej mierze zależy, powstaje w całej prawie sieci naczyniowej, tak w żyłach, jak w tętnicach, nie wyłączając naczyń serca. Jedynie tylko obwodowe części tętnic nerkowych nie zwężają się, lecz rozszerzają. Stoi to niewątpliwie w związku z opisaną najpierw przez Schäfera i Magnusa [123]) poliuryą, występującą po wstrzykiwaniach wyciągów przysadkowych do żył. Ale prawdopodobnie nie jest i to rozszerzenie bezpośrednią przyczyną samego zjawiska (Frank [124]). Raczej przyjąć trzeba działanie wyciągów na urządzenia wydzielnicze nerek, a rozszerzenie naczyń nerkowych uważać za następstwo tego podrażnienia.

Dalej jeszcze, aniżeli Pal, poszli w swych badaniach De Bonis i Suzanna [125]), posługując się skrawkami z żył i z tętnic. Z badań ich wynika, że pituitryna istotnie kurczy ściany naczyń i zwęża ich przekrój, ale że skurcz nie jest stały. Powstaje on okresowo i sprowadza wprost rytmiczne ruchy naczyń. Szczegół ten jest niewątpliwie bardzo ważny ze względu na samodzielną pracę naczyń, zwłaszcza tętnic, i na czynny ich współudział w utrzymywaniu stałego ruchu krwi. Zasadniczo godzą się także De Bonis i Suzanna z powszechnie przyjętem zapatrywaniem, że pituitryna działa wprost na mięśnie naczyń. Ale zamiast skorzystać ze zjawiska rytmicznych ruchów i tembardziej utrwalić to zapatrywanie, mówią o wpływie wyciągów także na zakończenia nerwów zwężających naczynia. Czynią to zapewne dlatego, aby módz tem silniej uwydatnić różnicę między działaniem adrenaliny i pituitryny. O pierwszej utrzymują, że ubezwładnia nerwy rozszerzające, a więc włókna, należące do układu autonomicznego. Nie będziemy się spierać o tłomaczenie. Chodzi nam przedewszystkiem o sam skutek działania i o miejsce działania. O ile pierwszy jest, z ograniczeniami, o których już wspomnieliśmy, jednakowy, o tyle miejsce jest niewątpliwie różne. Ale właśnie tę różną biologiczną chwytność uważać trzeba za objaw przyrodzonej celowości. W ten sposób tem łatwiej można pojąć i wytłómaczyć niewątpliwe współdziałanie nadnerczyny i pituitryny, o którem wspomina w doświadczalnej swej pracy Kepinow [126]). U zwierząt z podwiązanemi żyłami nadnerczowemi nie wywołują wstrzykiwania wyciągów z przysadki prawie żadnego skutku. Natomiast bardzo małe dawki adrenaliny i pituitryny, zosobna zupełnie nieczynne, wstrzyknięte razem, wywołują wyraźny wzrost parcia.

Działanie wyciągów przysadkowych nie kończy się jednak na wzniecaniu skurczu naczyń i podnoszeniu parcia krwi. Równocześnie nastaje zwolnienie ruchów serca, zwiększenie siły skurczów serca i znaczne skrzepienie tętna. Tętno przybiera przytem cechy właściwe podrażnieniu nerwu błędnego, takie same, o jakich mówiliśmy przy kreśleniu wpływu tyroidyny na krążenie. Wszystko to przypomina bardzo żywo zmiany, znane dobrze w klinice jako następstwo leczniczego działania naparstnicy. I przez samą już analogię skutków przyjąć trzeba, że hipofizyna działa podobnie, jak naparstnica na mięsień sercowy i na sercowe gałązki nerwu błędnego.

Mówiąc o działaniu wyciągów z przysadki na mięsień, nie rozstrzygamy przez to jeszcze bynajmniej, czy wpływ ich odnosi się wprost do włókien mięśniowych, czy też do splotów nerwowych w mięśniach. Z przeglądu piśmiennictwa wnosićby należało, że w grę wchodzą tu prawdopodobnie obydwa wpływy. Bardzo wyraźnie zaznaczają to zwłaszcza Salvioli i Carraro [127]). Doświadczenia Etienne'a i Parisota [128]), wykazujące, że u zwierząt, karmionych przez czas dłuższy przysadką, powstaje wyraźny przerost serca, posłużyćby mogły do uzasadnienia przypuszczenia, że w grę wchodzą tu także sprawy odżywcze. Jak je pojmować należy, o temby trudno było rozstrzygać dziś stanowczo. W myśl teoryi o bezwzględnej autonomii serca, t. j. teoryi czysto mięśniowej, należałoby je odnosić bezpośrednio do pęczków i włókien mięśniowych. Lepiejby się wszakże godziło z naszemi pojęciami wogóle, gdybyśmy przyjęli istnienie osobnych neurotroficznych urządzeń w sercu i do nich odnieśli działanie pituitryny. Stałe podniecenie tych zwojów zwiększać może biologiczną sprawność serca i prowadzić wreszcie do stałego przerostu mięśnia sercowego. Pojmując w taki sposób tę sprawę, zbliżalibyśmy się poniekąd do zapatrywania Kussmaula o odżywczych zwojach w mięśniu sercowym, złączonych pochodzeniem z układem wegetatywnym, które stanowiło punkt wyjścia dla polecania małych dawek naparstnicy przez długi przeciąg czasu w tym celu, aby sprowadzić lepsze odżywienie serca i podnieść jego sprawność. O dobrych wynikach tego rodzaju leczenia mogłem się niejednokrotnie przekonać na podstawie własnych spostrzeżeń.

Podobne pole w terapii zdaje się otwierać także przed pituitryną. Ze sprawozdań de Bonisa [129]) wynika, że wyciągi z przysadki działają skrzepiająco nawet na stłuszczony mięsień sercowy w doświadczeniach wykonywanych u żab. Renon i Delille [130]), Williams [131]) i inni zwłaszcza francuscy i angielscy lekarze oceniają korzystnie działanie pituitryny w przypadkach osłabienia serca w przebiegu chorób zakaźnych, Wrey [132]) chwali jej działanie we wstrząsie pooperacyjnym. Dalsze próby byłyby w każdym razie bardzo pożądane.

Podrażnieniu mięśniowych zakończeń nerwu błędnego, może połączeń nerwowo-mięśniowych, przypisać także trzeba zwolnienie ruchów serca, powstające po wstrzykiwaniach do żył wyciągów z przysadki. Wynika to bezsprzecznie z tych doświadczeń, w których, mimo przecięcia nerwów błędnych, zjawiało się zwolnienie zupełnie taksamo, jak przy nerwach nieuszkodzonych. Wielu zresztą badaczy, wśród nich tak poważny autor, jak Herring, spostrzegało identyczne działanie na sercu, wyjętem zupełnie z klatki piersiowej, a tem samem ogołoconem z wszelkich połączeń nerwowych.

Mimo tylu niezbitych dowodów, świadczących o obwodowem działaniu wyciągów przysadkowych, nie można pomijać i tych doświadczeń, które wynikami swoimi mówią o wpływie pituitryny na ośrodek nerwu błędnego. Jedną z takich prac jest rozprawa Studzińskiego [133]) z zakładu Popielskiego. I nie należy, mojem zdaniem, sprzeczności między zapatrywaniami nazbyt jaskrawo podnosić. Zależą one przypuszczalnie od ilości pituitryny, którą się rozmaici badacze posługiwali, a zapewne także od tego, w jakim wieku było zwierzę, z którego przysadka posłużyła do sporządzenia wyciągów. O truciznach wegetatywnych wiemy aż nadto dobrze z licznych doświadczeń farmakologii, że nawet wybitnie wybiórczo działające ciała,

[122]) Pal. Wiener klinische Wochenschrift 1909. S. 137.
[123]) Schöfer i Magnus. Biedl, Innere Sekretion. S. 299.
[124]) E. Frank. Berlin. klin. Wochenschrift 1912. S. 393.
[125]) Dr Bonis i Suzanna. Zentrblt. f. d. Physiologie 1909. T. XXIII. Z. 6.
[126]) Kepinow. Arch. f. d. exper. Pathol. u. Pharmak. 1912. T. 67. 247.

[127]) Salvioli i Carraro. Zentrblt. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1907. S. 833.
[128]) Etienne i Parisot. Ibidem 1908. S. 229.
[129]) De Bonis. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1910. S. 215.
[130]) Renan i Delille. Deutsche med. Wochenschrift 1909. S. 957.
[131]) Williams. Zentrbl f. d. ges. Phys. d. Stoffw. 1911. S. 564.
[132]) Wrey. Deutsche med. Wochenschrift 1910. S. 91.
[133]) Studzinski. Przegląd lek. 1911. Nr 29 i nast.

wpływają, zależnie od dawki, nie jednakowo. To samo utrzymywać wolno niewątpliwie o fizyologicznych wegetatywnych hormonach. Przypuszczenie, że skład wyciągów zależy od wieku, może i od rodzaju zwierząt, z których gruczoł został użyty do sporządzenia wyciągów, opiera się zresztą także na wiadomościach o różnej wartości farmakodynamicznej przysadki zależnie od wieku. O zupełnie podobnych szczegółach wiemy z fizyologii tarczycy.

Ostatnie lata przyniosły nam dalsze szczegóły o wpływie hipofizyny na automatyczny układ mięśniowy. Blair Bell[134]), Frankl-Hochwart i Froehlich[135]), Beyer i Peter[136]), zajmowali się jej działaniem na ruchy jelit i znaleźli, że działa i w tym zakresie skrzepiająco. Po zwilżeniu odcinków jelita pituitryną zaznaczają się dwie fazy. W pierwszej, krótkotrwałej, nastaje zwolnienie ruchów, w drugiej, znacznie trwalszej, zjawia się przyspieszenie. Beyer i Peter przyjmują, że skutek doraźny zależy od podrażnienia włókien współczulnych, dopiero nieco później zaczyna działać podnieta autonomiczna i przyspiesza rytm ruchów. Na poparcie tego tłómaczenia przytaczają z jednej strony tę okoliczność, że w okresie działania pituitryny jelita okazują wzmożoną wrażliwość wobec pilokarpiny, z drugiej, że zapomocą atropiny można wpływ hipofizyny zobojętnić.

W związku z czynnością nerwu miednicowego (n. pelvicus), który, jak wiadomo, należy również do układu autonomicznego, stoją kurcze pęcherza moczowego, spostrzegane przez Frankl-Hochwarta i Fröhlicha u psów i u kotów, po wstrzykiwaniach pituitryny. Swiadczy o tem zwiększona, za wpływem wstrzykiwań, pobudliwość tego nerwu wobec prądu przerywanego.

O wiele trudniej rozstrzygnąć sprawę działania hipofizyny na mięsień macicy. A pojąć to łatwo, jeśli uwzględnimy, że wiadomości nasze o wegetatywnych podnietach w tym kierunku nie są dotychczas zupełnie ustalone. Wiemy, że na skurcze macicy wpływają trucizny autonomiczne, że wywołać je można również za pomocą nadnerczyny. Ruchy powstają tak po drażnieniu n. miednicowego, jak i podbrzusznego. Wszystko to sprawia, że stajemy wcale bezradni wobec zagadnień odnoszących się do kurczliwości macicy, a tem samem wobec pytania, gdzie szukać miejsca, na które działają wyciągi z przysadki. Najkorzystniej może będzie, jeśli się na razie zadowolnimy samem tylko stwierdzeniem zjawiska, a tłomaczenie odłożymy do czasu, kiedy się znajdą ściślejsze po temu podstawy. Nieznajomość mechanizmu działania nie przeszkadza zresztą bynajmniej do powszechnego dziś już niemal korzystania w położnictwie ze zdolności pituitryny do wywoływania skurczów macicy. Bardzo rychło po podaniu o niej wiadomości przez Frankl-Hochwarta i Froelicha zajęli się tą sprawą lekarze-położnicy, a piśmiennictwo, odnoszące się do niej, jest istotnie jak na krótki przeciąg czasu, który od tego ogłoszenia upłynął, bardzo obszerne.

Rzuciwszy okiem na to wszystko, co nam przyniosły badania nad przysadką, widzimy, że gruczoł ten posiada istotnie w samym sobie niemałe siły farmakodynamiczne, że posiadać musi temsamem i niemałe znaczenie dla spraw biologicznych. Wpływ jego przypuszczalnej wydzieliny jest istotnie bardzo wszechstronny. Przyznać jej trzeba temsamem poliwalencyę fizyologiczną, i to w wyższym jeszcze stopniu, aniżeli wydzielinie tarczycy. Pogodzić ją zresztą można i z wielorakiem utkaniem gruczołu. Niektórzy autorowie odwołują się nawet do niego, nie bez pewnych niewątpliwie podstaw. Frank, którego nazwisko łączy się z objaśnieniem moczówki prostej (diabetas insipidus), szuka w warstwie pośrodkowej przysadki (pars intermedia) drażnika swoistego dla nerki. Badania Hamburgera[137]) oraz Falty i Ivčoviča[138]), wykazujące, że wyciągi z części gruczołowej przysadki obniżają bardzo znacznie parcie krwi, uprawniają do przypuszczenia, że ta część dostarcza ciała działającego na układ nerwowy autonomiczny. Część nerwowa dostarcza mieszaniny, która wywiera skutek bardzo wieloraki, wpływa na czynności, zostające pod władzą tak współczulnego, jak i autonomicznego układu. I nic nie staje na przeszkodzie, aby dla powstawania tej mieszaniny przyjmować współudział wszystkich części gruczołu.

Streściwszy wpływ wyciągów przysadki na szereg zjawisk fizyologicznych, daliśmy obraz działania bezpośredniego i zaznaczyliśmy rolę bezpośrednią przysadki w ustroju. Poza tem wspomnieć trzeba i o roli pośredniej, o tem, co się dzieje, gdy w grę wejdą te wzajemne wpływy gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, w których i przysadka bierze współudział. Stosunki wzajemności tak są tu rozległe, że dostarczają materyału do osobnego studyum. Na tem miejscu zadowolnić się musimy tylko bardzo krótką wzmianką o nich.

Nieco bliżej obchodzi nas stosunek przysadki do tarczycy i do układu chromochłonnego.

Jeszcze w r. 1888 spostrzegł Rogowicz[139]), przy sposobności swych badań nad gruczołem tarczowym, że u zwierząt, pozbawionych tarczycy, rozrasta się następnie bardzo znacznie przysadka. Spostrzeżenie to potwierdzono wielokrotnie w następnych latach. W ten sposób powstało pojęcie o bliższym związku między tarczycą i przysadką. Utrwaliło się ono jeszcze bardziej, gdy nowsze badania wykazały, że w przebiegu choroby Basedowa przysadka się zmniejsza (Benda)[140]), powiększa zaś u chorych na obrzęk śluzowaty (Auerbach)[141]) lub u wolowatych (Comte)[142]). Do tych klinicznych względnie anatomicznych spostrzeżeń, poczynionych na materyale ludzkim, dorzuciła dalsze szczegóły medycyna teoretyczna, wykazując, że przez stałe stosowanie hipofizyny u zwierząt wywołać można poważne zmiany w tarczycy, świadczące o zaniku tkanki gruczołowej. Dokładny opis tego rodzaju zmian podali L. Hallion i Alquier[143]).

O zachowaniu się tarczycy przy schorzeniach przysadki wiemy niewiele. Na podstawie prac z kliniki Hochenegga wspomina Biedl o jej przeroście po usunięciu przysadki w kilku przypadkach akromegalii. Oznaczałoby to zupełną wzajemność obu narządów i kazało myśleć o wzajemnem zastępczem działaniu. Zanik tarczycy po wstrzykiwaniach pituitryny pojmowaćby można albo jako następstwo przepracowania wywołanego ciągłem drażnieniem, albo jako wynik biologicznego zastoju w pracy, która jest zbyteczna wobec nadmiaru wydzieliny przysadki.

Spostrzeżenia Ascoliego i Legnaniego[144]) o zaniku tarczycy po odcięciu przysadki wymagają jeszcze potwierdzenia. Wspominamy o nich na tem miejscu bez wysnuwania jakichkolwiek wniosków.

Na układ chromochłonny działa hipofizyna niewątpliwie podniecająco. Wspominaliśmy już o obfitszym cukromoczu po równoczesnem zastosowaniu nadnerczyny i pituitryny, o złożonem działaniu na źrenicę i na parcie krwi. Dodamy do tego jeszcze spostrzeżenia o przeroście nadnerczy w akromegalii (B. Fischer), przysadki w chorobie Addisona (Münzer[145]) i wyniki badań wykonanych na zwierzętach, mówiące o przeroście nadnerczy po wstrzykiwa-

[134]) Blair Bell. Deutsche med. Wochenschrift 1909. S. 2329.

[135]) Frankl-Hochwart i Froehlich. Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. 1910 T. LXIII, 347.

[137]) Beyer i Peter. Ibidem. T. LXIV. S. 204.

[137]) Hamburger. Zentblt. f. d. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1911 str. 564.

[138]) Falta i Ivčovič cyt. wedł. Biedla. Innere Sekretion, Str. 298.

[139]) Rogowicz zob. L. Korczyński l. c.

[140]) Benda cyt. wedł. B. Fischera.

[141]) Auerbach. Ibidem.

[142]) Comte. Ibidem.

[143]) Hallion i Alquier. Zentrbt. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1908 str. 729.

[144]) Ascoli i Legnani. München. med. Wochenschrft. 1912 str. 518.

[145]) Münzer. Berl. klin. Wochschft 1910 str. 341.

niach pituitryny (Renan i Delille)[146]) lub po karmieniu zwierząt przez czas dłuższy przysadką (Hallion i Alquier)[147]), o ich zaniku po odcięciu przysadki (Ascoli i Lagnani)[148]), a będziemy mieć dostateczne podstawy, aby uzasadnić biologiczny związek tych narządów.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Grosser i Schaub. **Przyczynek do patologii choroby Bantiego** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 2). Autorzy skłaniają się do zdania, że pierwszym i właściwym objawem w chorobie Bantiego jest schorzenie śledziony, następowo dopiero rozwija się schorzenie wątroby. Potwierdza to obserwowany przez G. i S. przypadek kliniczny, gdzie rozpoznano chorobę Bantiego u 10-letniego chłopca. Śledziona była bardzo znacznie powiększona, we krwi zaś zmniejszona ilość ciałek czerwonych, a ciałka te miały różny kształt i słabe zabarwienie. Wątroba była niewyczuwalna, brak też było zastoju żylnego w obrębie żyły wrotnej. Przez kilka dni podawano pożywienie, ściśle bardzo kontrolowane pod względem jakościowym i ilościowym, a jednoczesne badania kału i moczu nie wykazały w nich obecności ani urobiliny, ani też trujących produktów rozpadu białka. Hs.

Prof. Hochhaus. **O durze brzusznym** (Med. Klinik 1912 Nr 47). Dzięki postępom higieny jest dur brzuszny w niektórych okolicach chorobą nader rzadką. Co do tego, że dur wywołują laseczniki Ebertha, nie ma wcale już teraz wątpliwości, ale do wybuchu choroby potrzeba i pewnej skłonności osobnika, widzimy bowiem, że osoby pielęgnujące chorego mogą być roznosicielami zarazka, który noszą w swoim ustroju i wydzielają, a niezawsze na dur zapadają. Lasecznik dostaje się do ustroju często z wodą do picia albo z mlekiem; rzadziej z innymi pokarmami, jak owocami, jarzynami, rybami i ostrygami. Owady i szczury mogą pośredniczyć w szerzeniu się duru. Za najniebezpieczniejsze źródło należy jednakże uważać osoby z otoczenia chorego i samych chorych; pierwsi roznoszą lasecznika, sami na dur nie zapadając, drudzy przebyli dur, wydzielają jednak laseczniki durowe ze stolcem i moczem często jeszcze przez lata całe, ba nawet dziesiątki lat; dlatego wydzieliny te przez długi czas po przebyciu duru powinny być odkażane. Lasecznik durowy, dostawszy się do dróg limfatycznych jelit, stąd drogą krwi dostaje się do wszystkich narządów ustroju, w szczególności do śledziony, szpiku kostnego, gruczołów krezkowych, dalej dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego, który nieraz lata całe gości w sobie laseczniki. Co do przebiegu, to czas trwania duru dzieli się na okres utajenia (od 8 dni do 3 tygodni), okres wznoszenia się ciepłoty, okres kulminacyjny ciepłoty i okres jej spadku (wszystkie te trzy okresy trwają od 4—8 tygodni, każdy z nich może uledz skróceniu, ale też i przedłużeniu znacznemu). Wielu autorów twierdzi, że przebieg duru jest obecnie lżejszy, niż dawniej, autor jednak przyznaje to tylko co do pewnych okolic, gdy natomiast w innych śmiertelność jest zawsze jeszcze wielka.

Początek choroby może być tak rozmaity, że ustalenie rozpoznania napotyka nieraz na poważne trudności. I tak przebiegać może dur pod postacią kliniczną zapalenia płuc lub nerek albo opon mózgowych; w innych przypadkach zaczyna się zajęciem gardła lub silnymi objawami stawowymi, podobnymi do gośćca; autor wspomina o przypadku, gdzie z powodu gwałtownych bolów w okolicy ślepej kiszki wykonano operacyę, a po wycięciu zdrowego zresztą wyrostka robaczkowego rozwinął się dopiero typowy dur brzuszny. (Podobny przypadek zdarzył się też w naszym szpitalu powszechnym w Stanisławowie, gdzie z powodu objawów zapalenia wyrostka robaczkowego podjęto operacyę, a potem dopiero spostrzeżono przebieg charakterystyczny dla duru brzusznego). Także zajęcie miedniczek nerkowych, a nawet zapalenie wysiękowe opłucnej może być początkiem duru brzusznego.

Co do powikłań, to ropienia następowe wywołane bywają zawsze przez laseczniki duru, natomiast zapalenie płuc i nerek bywa raczej wywołane przez dwoinki Fränkla. Jako rzadkość wspomina autor o posocznicy durowej, w której nie było żadnych objawów duru (zapalenie gardła, mierna gorączka, zapalenie kilku stawów), a gdzie we krwi wykazano typowe laseczniki durowe. U zwierząt jest ta właśnie forma duru najczęstszą.

Największe postępy w tej chorobie zrobiła dyagnostyka. Wykrycie laseczników we krwi przez hodowlę jest najpewniejszym środkiem rozpoznawczym; jest ono w początku choroby bardzo łatwe, natomiast od 4. tygodnia przebiegu duru wynik zwykle jest ujemny. Także w stolcu i w moczu znajduje się lasecznik durowy zwykle dość wcześnie, ale wykrycie jego napotyka na poważne trudności. Na drugiem miejscu stawia autor odczyn Gruber-Widala, który jednak w początkowym okresie rzadko występuje, natomiast jest ważny dla wykazania przebytego duru brzusznego, gdyż wypada dodatnio nawet w kilka lat po przebyciu duru. Dopiero po tych próbach laboratoryjnych idą kliniczne objawy rozpoznawcze: Obrzęk śledziony, osutka, zmniejszenie się ilości ciałek białych krwi, odczyn dwuazowy, wejrzenie języka, niestosunek tętna do gorączki. Autor kładzie wielką wagę na liczenie ciałek białych krwi, środek ciężkości w dyagnostyce leży jednak zdaniem autora w próbach podjętych w laboratoryum. W rozpoznaniu różniczkowem nie napotyka się teraz na takie trudności, jak dawniej, a wchodzi tu w grę zapalenie płuc środkowe, zapalenie opon mózgowych, gruźlica prosówkowa, posocznica, grypa, dalej paratyfus. Lasecznik paratyfusowy występuje często we krwi równocześnie z durowym. Co do zapobiegania, to obok znanych środków stosują w ostatnich latach z bardzo dobrym skutkiem Pfeiffer i Kolle wstrzykiwania surowicy uodporniającej, którą też autor zaleca.

Leczenie duru jest dziś zawsze jeszcze tylko czysto objawowem. Główną rolę gra zwalczanie gorączki kąpielami cieplejszemi u słabszych, zimniejszemi u silniejszych osób. Obok tego zawijania całego lub połowy ciała, zmywania częste. Obniżenie ciepłoty osiągnąć też można, okładając chorego kilkoma pęcherzami lodowymi. Ze środków wewnętrznych poleca autor pyramidon (co 2 godziny po 0·1 najwyżej 10 razy na dobę), także chininę w dawkach większych (1—2 gr.) jednorazowo. Przeciw biegunce stosowna dyeta (zupy owsiane), w cięższych formach tannigen, tannalbina, a przedewszystkiem uzara (3 razy po 20 kropel) także z dodatkiem makowca. Przy krwawieniach jelitowych zupełny spokój ciała i jelit przez ograniczenie pokarmów, przytem makowiec. Wewnętrzne środki mały mają wpływ; autor poleca zaś wstrzykiwanie żelatyny (Mercka 40 cm^3 na dawkę); w najnowszych czasach stosują z dobrym skutkiem wstrzykiwania osocza krwi (40 cm^3) w mięśnie pośladkowe. Mondschein.

Casali. **Odczyn Rivalty, zastosowany do badania plwociny; jego znaczenie rozpoznawcze** (Riforma medica Nr 30, 1912). W ostatnich czasach zaczęto uwzględniać przy badaniu plwociny w szerszym zakresie także jego stronę chemiczną, a mianowicie starano się nadać znacze-

[146]) Renan i Dalille. Zentrbt. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1908 str. 783.

[147]) Hallion i Alquier l. c.

[148]) Ascoli i Lagnani l. c.

nie rozpoznawcze i prognostyczne obecności, względnie brakowi białka w plwocinie. Z ciał białkowatych znajdowano w plwocinie mucynę i nukleinę, pepton po przełomie zapalenia płuc, a niektórzy także w plwocinie ropnej. Bardzo liczne badania wykazały, że dodatni wynik t. zw. odczynu białkowego (albumino-reazione), czyli obecność białka w plwocinie zachodzi w zapaleniu płuc przed przełomem i podczas przełomu, w przebiegu gruźlicy płuc, niekiedy z wyjątkiem postaci włóknistych, wreszcie we wszystkich przypadkach, gdzie z jakiejkolwiek przyczyny występuje obrzęk płuc. Nadto znajdowano białko w plwocinie także w nieżycie oskrzeli, tak ostrym, jak przewlekłym. Również i C. miewał dodatni wynik w rozmaitych schorzeniach narządu oddechowego, gdzie nie było nawet śladu gruźlicy, a przeciwnie często nie znajdował białka tam, gdzie stwierdzenie prątków Kocha nie pozostawiało żadnej wątpliwości co do gruźliczej przyrody cierpienia. Tak więc odczyn ten nie ma prawie żadnego znaczenia rozpoznawczego, w żadnym zaś razie nie może się równać co do ważności z badaniem mikroskopowem. By więc uzyskać jakiś nowy szczegół rozpoznawczy dla gruźlicy, postanowił C. zastosować do badania plwocin najnowszą próbę Rivalty. Rivalta podał nowy sposób odróżniania wysięków od przesięków, polegający na strącaniu z badanego płynu zapomocą rozczynu kwasu octowego pewnej swoistej substancyi białkowej, która znajduje się także we krwi, w osoczu, w surowicy, limfie i w skąpej ilości w przesiękach; dlatego też odczyn ten, któremu Rivalta przypisuje wielkie znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne, otrzymał nazwę odczynu surowicy i krwi (siero- ed emoreazione). Polega on w najogólniejszych zarysach na ustaleniu ostatniego stopnia rozcieńczenia badanego płynu (rozcieńczanego stopniowo bardzo słabym rozczynem węglanu sodu), przy którem występuje jeszcze strąt w postaci lekkiego obłoczka przy wpuszczaniu badanej kropli do bardzo rozcieńczonego kwasu octowego. Ponieważ stopień tego ostatecznego rozcieńczenia ulega zmianom nietylko w rozmaitych chorobach, ale nawet w różnych okresach tego samego cierpienia, więc możnaby tej metodzie przypisać pewne znaczenie rozpoznawcze. C. badał plwocinę kilkudziesięciu chorych, cierpiących na rozmaite zmiany w zakresie narządu oddechowego, tak pierwotne, jak następowe. W każdym przypadku przeprowadzał badanie co do prątków Kocha, co do odczynu białkowego sposobem Gantza i Hertza i wreszcie wykonywał próbę octową Rivalty. Co do gruźlicy płuc stwierdził, że odczyn ten był zawsze dodatni, i to przy znacznie większych rozcieńczeniach, niż przy zmianach nieswoistych, a mianowicie ponad 1:10. Ponieważ wynik odczynu bywał dodatni nawet tam, gdzie badanie co do prątków K. było ujemne, a tylko dane kliniczne pozwoliły na rozpoznanie gruźlicy, przeto C. upatruje w tym sposobie nowy ważny sposób rozpoznawczy, zwłaszcza w przypadkach, gdzie zawodzi mikroskop w każdym zaś razie uważa ten sposób za daleko pewniejszy, niż odczyn białkowy; rozcieńczenie jednak badanego płynu musi być większe, niż 1:10. Co się tyczy natury ciała, strącanego przy tej próbie, to trzeba przyjąć za pewnik, że nie zależy ona od białka »in toto«, zawartego w plwocinie, gdyż w wielu przypadkach, gdzie odczyn białkowy był bardzo wybitny, próba octowa kończyła się już przy nieznacznem rozcieńczeniu i naodwrót. Nadto tam, gdzie próba białkowa była ujemna, odczyn Rivalty był dodatni, choćby tylko przy nieznacznem rozcieńczeniu. Ma to być substancya białkowa zawarta w różnych plwocinach w zmiennej ilości, niezależnej od ilości właściwego białka, a na którą według R. składa się englobulina, pseudoglobulina i w małej części fibrino-globulina. Ponieważ zaś substancye te pochodzą ze krwi, należy przypuścić, że dostają się one z naczyń do wydzieliny płucnej pod wpływem swoistego działania na ściany naczyń prątków Kocha, względnie ich toksyn, i to w znacznie większej ilości przy gruźlicy, niż przy zmianach nieswoistych. Dr T. T.

Drozdowicz. **Badania promieniami Roentgena gena jako metoda dyagnostyczna płuc** (Gaz. lek. Nr 2 1913). Klatka piersiowa, w skład której wchodzą części o bardzo różniącej się wadze cząsteczkowej, nadaje się bardzo do badań rentgenowskich, co ma wielkie znaczenie dla rozpoznawania tutaj spraw gruźliczych. Początkowe okresy gruźlicy szczytów płuc, nieraz bardzo trudne do stwierdzenia opukiwaniem i osłuchaniem, dają obrazy widoczne tak na kliszy, jak i na ekranie. Jeżeli jednak jedynym objawem jest nieżyt oskrzelików drobnych, bez zmniejszenia zawartości powietrza w szczytach, to znaczenie rozpoznawcze mają jedynie badania fizyczne i bakteryologiczne, rentgenogram zaś nie da żadnych wyników. Wielkie zato znaczenie ma on w rozpoznaniu gruźlicy gruczołów około-oskrzelowych tak u dzieci, jak i u dorosłych; wyniki są ścisłe, uwidoczniają naciekłe, zserowaciałe, czy zwapniałe gruczoły. Poważne wyniki dają badania promieniami X. przy gruźlicy dalej posuniętej ze zmianami głęboko w płucach usadowionemi, niedostępnemi dla badań fizycznych. Hs.

Truszkowski. **Znaczenie odczynu Pirqueta dla rozpoznania gruźlicy** (Gaz. lek. Nr 3. 1913). Na zasadzie całego szeregu badań przychyla się T. do twierdzenia, że odczyn skórny nie może być rozstrzygającym dla rozpoznania gruźlicy, gdyż zawodzi często, i nadal główną rolę w rozpoznaniu muszą odgrywać objawy kliniczne. Wybitnie silny odczyn otrzymywał T. zawsze u ludzi z małemi zmianami gruźliczemi lub wogóle bez zmian gruźliczych, ale u których można było stwierdzić przebyte zołzy. Hs.

Stadler. **Leczenie dychawicy oskrzelowej** (Med. Klinik Nr 4. 1913). Autor wychodzi z założenia, że dychawica oskrzelowa jest przejawem t. zw. skazy wysiękowej i dotyczy przeważnie osób, obarczonych piętnem neuropatycznem. Leczenie tego cierpienia ma spełnić dwa zadania: 1) usunąć właściwy napad dychawicy; 2) zapobiegać ponownym napadom.

Podczas samego napadu radzi autor przedewszystkiem podskórne wstrzyknięcie adrenaliny lub innego przetworu nadnercza (w rozczynie 1:1000) w ilości $^1/_2$—1 strzykawki Pravaza. W przeważającej liczbie przypadków pomyślny skutek występuje już w przeciągu 5—10 minut. W rzadkich przypadkach, gdzie adrenalina zawodzi, trzeba się uciec do atropiny, stosując ten środek również podskórnie, i to w ilości 0·001 gr. Natomiast nie radzi St. stosować środków narkotycznych, lubo przyznaje, że tam, gdzie nawet adrenalina i atropina zawodzą, morfina nie zawiedzie. (Szkoła Eichhorsta pierwsze miejsce przyznaje morfinie. Przypisek spraw.).

Inne zupełnie leczenie powinno być stosowane w czasie wolnym od ostrych napadów. Tu na czoło wysuwają się metody fizyczne. U jednych dobrze działają kąpiele w gorącem powietrzu (suchem lub wilgotnem), u drugich kąpiele świetlno-elektryczne (zalecane przez Strümpla), u innych znowu rozmaite sposoby gimnastyki oddechowej. Również bardzo korzystnie wpływa zmiana klimatu, przyczem miejscowościom wysoko położonym (ponad 1200 m) należy oddać pierwszeństwo. W każdym przypadku dychawicy oskrzelowej należy szukać przyczyny, wywołującej napad bezpośrednio lub drogą odruchową. Pominąwszy przyczyny, tkwiące w odległych narządach, jako rzeczy od dawna znane, zwraca St. uwagę na początkową sprawę gruźliczą w szczytach płuc, która (wedle autora) w bardzo wielu przypadkach jest przyczyną, wywołującą napady dychawicy. Z przetworów leczniczych zaleca St. oprócz oddawna znanego i stosowanego jodku potasu, sole wapniowe, a mianowicie chlorek wapnia w wielkich dawkach. Glassner.

Bergman. **Wrzód trawienny skurczowy.** (Münch. med. Wochs. Nr 4. 1913.). W rozpoznaniu różniczkowem między wrzodem a nerwicą żołądka uważano dotychczas objawy ogólnej nerwicy za dowód, przemawiający przeciwko

wrzodowi. Tymczasem B. twierdzi na podstawie własnych spostrzeżeń, że z małym wyjątkiem wszyscy prawie chorzy z rozpoznawanym wrzodem żołądka czy dwunastnicy okazują objawy ogólne zaburzeń narządu nerwowego trzewnego, t. j. nerwu współczulnego i nerwu błędnego, a więc: oczy lśniące, wysadzone, ręce i nogi zimne i wilgotne, drżenie, skłonność do kurczowego zaparcia stolca. W większości też przypadków stwierdził B. wzmożoną czynność gruczołów i mięśni żołądka, zwłaszcza w okolicy odźwiernika. Zaburzenia te wzmagają skłonność do skurczu mięśni ściany żołądka, co ze swej srony wywołuje zaciśnięcie naczyń doprowadzających i stąd miejscowe niedokrwienie. Uległa niedokrwieniu część błony śluzowej zostaje strawioną, a wynikiem tego są nadżerki i wrzód. Te zmiany w ścianie żołądka wywołują nowe skurcze, dlatego sprawa chorobowa zwykle jest uporczywa. Jako środek leczniczy B. poleca bardzo atropinę, łagodzi ona bowiem skurcze; jednocześnie należy stosować systematycznie dyetę. Hs.

Grober. **Samorodne ustąpienie choroby Basedowa.** (Münch. med. Woch. Nr 1. 1913). Zupełne ustąpienie choroby Basedowa należy do wielkich rzadkości. Częściej spotyka się taką jej formę, gdzie naprzemian przychodzą okresy to o słabszem, to o silniejszem nasileniu objawów chorobowych. G. obserwował chorą kliniczną, u której rozpoznano chorobę Basedowa, a w lat 6 wszystkie objawy tego schorzenia zupełnie znikły, pomimo, że chora ta nadal pozostawała w tych samych warunkach życia i otoczenia i żadnego leczenia nie przeprowadzała. Jednocześnie z ustępowaniem choroby Basedowa rozwijało się u tej chorej gruźlicze schorzenie płuc. Autor przypuszcza, że może wytwarzały się w ustroju ciała chemiczne, rodzaj albumoz, które zobojętniały wydzielinę schorzałego gruczołu tarczowego, ulegającego równocześnie zwyrodnieniu. Ht.

Schultz. **Technika i wyniki oznaczania krzepnięcia krwi.** (Münch. med. Woch. Nr 1. 1913). Doświadczenia, wykonane metodą Schultza, wykazały, że prawidłowo krew zaczyna krzepnąć w 9 minut, a przestaje w 13 minut po wypuszczeniu z naczynia. Różne choroby, jak przewlekła gruźlica, wole, cukrzyca, nie wykazują znaczniejszych różnic w czasie krzepnięcia, tylko w krwawiączce występuje znaczne opóźnienie, bo krew krzepnie tu dopiero po 30—55 minutach, w białaczce zaś na szczycie schorzenia występuje przyspieszenie krzepnięcia od 4—8 minut. Sztuczne wywołanie przyspieszenia krzepnięcia w krwawiączce przez dodawanie soli wapniowych, nukleinianu sodu lub kwasu cytrynowego zawodzi zupełnie, lepsze wyniki w tym kierunku dają wstrzykiwania żelatyny.

Hs.

Missiroli. **Wpływ roznosicieli zarazków na szerzenie się gorączki śródziemnomorskiej (febbre mediteranea).** (Riforma medica Nr 32. 1912). Wiadomo, że drobnoustrój maltański (micrococco melitense di Bruce) przenosi się za pośrednictwem przedewszystkiem mleka kóz dotkniętych tą chorobą, nadto zaś w sposób taki, jak inne choroby zakaźne, zwłaszcza dur brzuszny, a więc przez jarzyny, owoce, wodę i t. p.; chory wydala ten zarazek z moczem i stolcami. Dotychczas nie uwzględniano przy szerzeniu się tej choroby roli roznosicieli zarazków, którą trzeba uznać, gdyż nieraz nie można było przyjąć żadnego innego sposobu szerzenia się zarazy; przekonał się o tem M. podczas epidemii gorączki maltańskiej w Alghero, która nawiedziła także tamtejsze areszta, a której mimo wszelkich środków zaradczych nie można było powstrzymać. M. przypuszczając tedy, że wchodzą tu w grę roznosiciele zarazków, przedsięwziął u wszystkich pozornie jeszcze zdrowych aresztantów ścisłą próbę aglutynacyjną, która w 4 przypadkach dała wynik wybitnie dodatni. Po natychmiastowem odosobnieniu tych osób, (które potem w przeciągu kilku do kilkunastu dni zapadły na typową posocznicę Brucea), udało się zupełnie stłumić zarazę. Tych roznosicieli zarazków w swoim przypadku zalicza M. do grupy, którą oznacza nazwą: portatori di germi precoci, t. j. osoby, noszące w swym ustroju swoiste jadowite zarazki, a zapadające na daną chorobę po upływie czasu, który jest dłuższy od zwykłego okresu wylęgania. Dr T. T.

Fehde. **Doświadczenia z kollargolem na podstawie 15-letniego stosowania.** (Med. Klinik. 1912. Nr 48). Kollargol stosować można trojako: śródżylnie, w lawatywach i wewnętrznie. Autor zaleca sposób pierwszy jako najpewniejszy i najszybciej działający, a dopiero gdy jest on niemożliwy, stosuje wtedy sposób drugi. Po śródżylnem wstrzyknięciu pojawia się często silne podniesienie ciepłoty z wymiotami, bólem głowy i przypadłościami jelitowemi, które jednak bardzo szybko ustępują stanowczemu polepszeniu się przebiegu właściwej choroby. Najczęściej stosują kollargol w gorączce połogowej, i to w cięższych stanach nawet trzy razy dziennie, zaczynając od dawek małych 0·05 i stopniowo podwyższając je do 0·15. Jedno jedyne wstrzyknięcie w ciężkim przypadku gorączki połogowej stanowczo pomódz nie może. Dalej stosują kollargol w różnych zakaźnych chorobach gorączkowych, jak dur brzuszny, zapalenie mieszkowe migdałków, wszystkie schorzenia gośćcowe (peliosis, erythema nodosum), a szczególnie w zapaleniu zastawek sercowych. Ale i zapobiegawczo powinno się stosować kollargol przy wszystkich zabiegach położniczych. Wewnętrznie stosuje autor kollargol wyrobu fabryki Dietrich Helfenberg i to we wszystkich chorobach zakaźnych jak odra, płonica, także w błonicy (obok tego surowicę). Autor doszedł do przekonania, że powikłania, jak zajęcie ucha środkowego, nerek i t. p., albo wcale się nie pojawiały, albo miały lekki bardzo przebieg. W postaci maści (unguent, Credé) autor wcale kollargolu nie stosował. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21. I. 1913.

Prof. N. Cybulski: **Elektryczność zwierzęca, jej źródła, przejawy i znaczenie.** Prelegent przedstawił zmiany zapatrywań na wzajemną zależność rozmaitych czynności w ustroju i określił tło i warunki, wśród których odbywają się zjawiska biologiczne. Rozwinął znaczenie czynników fizycznych i wykazał potrzebę znajomości sił elektromotorycznych ustroju. Przedstawił wyniki swoich badań w tym względzie nad mięśniami; tłomaczył powstawanie prądów spoczynkowych i czynnościowych i uzasadnił swe twierdzenia doświadczeniami na modelach. Z doświadczeń prelegenta wynika, że w ustroju naszym wciąż krążą prądy elektryczne, niekiedy o znacznem natężeniu, które nie mogą pozostać bez wpływu na sprawy osmozy i filtracyi, a więc na sprawy przemiany materyi. Badanie przeto elekryczności może służyć jako metoda, dążąca do scharakteryzowania dysymilacyi i syntezy w ustroju.

Posiedzenie kliniczne z dnia 28. I. 1913.

1) H. Altkaufer pokazał **rzadko spotykaną zawartość torbieli skórzastej** jajnika prawego, którą operował kilka tygodni temu w szpitalu. Podczas wyjmowania torbieli z jamy brzusznej, dzięki bardzo cienkiej powłoce torbieli zauważono, że przy poruszaniu guza zawartość jego dziwnie się mieni, przypominając połysk masy perłowej. Torbiel wyłuszczono w całości. Żadnych objawów skręcenia torbieli, której wielkość odpowiadała wielkości głowy człowieka dojrzałego, nie stwierdzono. Po nacięciu torbieli wylała się z niej niewielka ilość płynu ciemno brunatnego, niezbyt gęstego. Poza tem torbiel wypełniały setki kulek białawo-żółtawych. Te właśnie kulki mowca pokazuje. Są one wielkości wiśni, kształtu kulistego, miękkie. Wszystkie

są prawie jednakowej wielkości i jednakowego kształtu. Na kulkach, które uległy przepołowieniu lub też spłaszczeniu, widać wyraźnie budowę warstwową, spółśrodkową. Na tego rodzaju koagulacyę tłuszczu w torbielach skórzastych pierwszy zwrócił uwagę Rokitansky, który jest zdania że takie kuleczki powstawać mogą wskutek skręcenia torbieli. Tegoż zdania jest również Thorn. Gebhard sądzi, że tworzenie się kuleczek tłuszczowych, przypomina proces tworzenia się masła, do czego przyczyniają się ruchy, wykonywane przez chorą. Liczba kulek zależy od wielkości torbieli i konsystencyi tłuszczu. Wielkość ich bywa różną; najczęściej bywają bardzo małe, nie większe od ziarnka grochu. Strassman widział kulki wielkości jaja kurzego. Kuleczki w torbielach skórzastych stanowią wielką rzadkość. Gebhardt np. w 107 operowanych torbielach znalazł tego rodzaju koagulacyę tłuszczu 2 razy; Pfannenstiel widział je 3 razy. Okaz, przedstawiony przez Altkaufera, jest piątym z ogólnej liczby tego rodzaju preparatów, jakie przedstawiono w naszem Towarzystwie (Matlakowski, Karczewski, Jakimiak, Neugebauer, preparat z klin. Prof. Rosnera w Krakowie, operowany przez Schlanka).

2) B. Dębiński: **Wartość kliniczna i wskazania do stosowania tuberkuliny.** Co się tyczy przedewszystkiem kryteryum tuberkulinoterapii, to prelegent jest tego zdania, że metoda opsoniczna, jako zbyt uciążliwa i niezbyt ścisła, nie daje poważniejszych wskazań do kontroli nad leczeniem tuberkuliną; takiego samego zdania jest co do innych metod, jak aglutynacya, metoda odchylania dopełniacza, Arnetha i i. Wyższą ponad wszystkie jest ocena kliniczna; badanie dokładne stanu ogólnego, ciepłoty, tętna, objawów fizycznych. Następnie opisał D. 42 przypadki gruźlicy płuc i innych narządów, leczone tuberkuliną. W 10 przypadkach stosował D. tuberkulinę Jacoba, w 23 Denysa, w 7 szczepionkę Czajkowskiego i w 2 tuberkulinę TR. Na 36 przypadków gruźlicy płuc otrzymał prelegent poprawę w 9 przypadkach, stan pozostał bez zmiany w 16, pogorszenie nastąpiło w 8 przyp., zmarło 3 chorych. Z 3 przypadków gruźlicy oka w 2 nastąpiła poprawa, w 1 stan pozostał bez zmiany. W 2 przyp. gruźlicy gruczołów i w 1 przypadku gruźlicy języka widział D. poprawę. Wogóle najlepsze wyniki otrzymał D. w przypadkach gruźlicy miejscowej. W gruźlicy płuc wyniki zadowalniające dają jedynie przypadki w I i II okresie ze stanem podgorączkowym; w gruźlicy rozpadowej z gorączką wysoką, z powikłaniami, tuberkulina jest przeciwwskazana. Wskazań do stosowania tej lub innej tuberkuliny niema. Co do dawek, to należy postępować podług metody Goetscha: zaczynać od dawek minimalnych i powiększać je stopniowo w ten sposób, żeby unikać wszelkich odczynów. Swoistość tuberkuliny nie jest jeszcze ściśle dowiedziona. Ani teorye Wassermanna, Brucka Wolff-Eisnera, ani inne, nie są naukowo zadowalniające. Niektórzy badacze przypuszczają, że tuberkulina jest środkiem funkcyonalnym, uczulającym ustrój na toksyny gruźlicze i podniecającym jego sprawność obronną (Rénon). Inni znowu, jak Sahli, sądzą, że tuberkulina działa na wzór naparstnicy, która pobudza siłę skurczową mięśnia sercowego, ale nie może zmienić schorzeń serca.

W dyskusyi A. Sokołowski zgadza się z prelegentem, iż obecnie jedynem kryteryum działania tuberkuliny jest spostrzeganie kliniczne. Zaznacza, że od chwili wprowadzenia tuberkuliny do lecznictwa stosował tuberkuliny najrozmaitszych gatunków, wierzył bowiem, iż tuberkulina musi być pod pewnym względem środkim swoistym, iż stosowanie jej wywoływać powinno uodpornienie, iż niepowodzenia zależą jedynie od nieodpowiedniego składu przetworu. Na mocy swego doświadczenia dochodzi S. do przekonania, że dotychczasowe przetwory tuberkulinowe nie dały wyniku takiego, po którym możnaby powiedzieć, iż tuberkulina działa w gruźlicy płuc istotnie swoiście i dodatnio. Wyniki bowiem dodatnie otrzymano przeważnie u chorych niegorączkujących, ze zmianami ograniczonemi, a więc u takich, u których leczenie higieniczno-dyetetyczne sanatoryjne, a nawet tylko objawowe, daje również w ogromnej większości przypadków wynik pomyślny. W ostatnich kilku latach, kiedy zaczęto na nowo stosować tuberkulinę w sanatoryach ludowych Ameryki Północnej i Anglii, starano się, podobnie jak w Niemczech, zestawić na wielkiej liczbie przypadków wyniki leczenia chorych sanatoryjnych, poddanych z jednej strony wyłącznie leczeniu sanatoryjnemu, a z drugiej leczeniu skombinowanemu z użyciem tuberkuliny. Okazuje się, że różnice procentowe na korzyść leczenia skombinowanego są tak małe, iż na ich podstawie nie można sądzić o skuteczności tuberkuliny; przytem wiadomo z kliniki, jak bardzo indywidualnie przebiegają suchoty u rozmaitych osobników. Dlatego też autorzy francuzcy uważają tuberkulinę jedynie za środek pomocniczy w leczeniu higieniczno-dyetetycznem poczynającej się gruźlicy płuc, i zapewne środek jako taki może być stosowany w dawkach minimalnych, nie wywołujących szkodliwego odczynu. Jeśli jednak zapatrywać się na tuberkulinę jako na środek swoisty, to lek ten powinien działać i w postaciach gorączkowych, a spadek ciepłoty dowodziłby istotnej skuteczności środka. Tymczasem wiadomo, że w tych właśnie postaciach suchot tuberkulina jest przeciwwskazana. Pomimo to S. uważa, że nie należy wogóle zwątpić o skuteczności tuberkuliny w leczeniu gruźlicy; fakty wyleczenia gruźlicy miejscowej dowodzą, że lek ten jest istotnie swoistym i pożytecznym, i że jedynie w gruźlicy płucnej, sprawie bardzo złożonej anatomicznie i etyologicznie, tuberkuliny o danym składzie nie mogą wywołać odpowiedniego i stałego uodpornienia. Rozstrzygnięcie tej sprawy należy do zadań przyszłości.

Karwacki zwraca uwagę, że mówiąc o wskazaniach do stosowania leku, należy przedstawić koniecznie działanie jego farmakodynamiczne. Aczkolwiek tuberkulina istnieje oddawna, własności jej farmakodynamiczne wcale nie są dokładnie wyjaśnione. Ponieważ tuberkulina należy do lekówszczepionek, prelegent powinien był wskazać, w jakim stosunku stoją używane przez niego tuberkuliny do naturalnych jadów gruźliczych, oraz do odporności przeciwko gruźlicy. Prelegent wspomniał pokrótce o podnoszeniu się ciepłoty po wstrzyknięciu tuberkuliny i odczynie zapalnym w ogniskach. K. sądzi, że tym oddziaływaniom tuberkulina nie zawdzięcza swego stosowania, gdyż każdy lekarz, stosujący ją, stara się tak dawkować wstrzykiwania, by właśnie nie występował żaden z tych odczynów. Być może za tem, że tuberkulina działa tak, jak inne szczepionki: wąglikowa, gronkowcowa, gonokokowa. I ta analogia jednak nie da się utrzymać, gdyż wymienione szczepionki, stosowane u zdrowych, zabezpieczają ustrój od zaburzeń odnośnych, wstrzykiwanie zaś tuberkuliny bynajmniej nie zabezpiecza zdrowego osobnika od zakażenia gruźlicą. Pozostaje więc przypuszczenie, że tuberkulina działa tylko wtedy, gdy już w ustroju zaczął się samoistny proces obronny i że proces ten pod wpływem wstrzykiwań się wzmaga. Sprawa związku tuberkuliny z naturalnym jadem gruźliczym jest również bardzo ciemna, gdyż zagadnienie jadu gruźliczego jest niesłychanie skomplikowane. Wykazano, że jad gruźliczy zawiera kilka składników, które pod względem działania klinicznego, a zwłaszcza biologicznego, różnią się dość znacznie. Są to 1) ciała natury białkowej, przechodzące w roztwory wodne, peptonowe, słabych kwasów organicznych i słabych zasad, 2) nierozpuszczalne białko komórki bakteryjnej gruźliczej, 3) tłuszcze obojętne i 4) kwasy tłuszczowe o charakterze lipoidów. Zarówno sposób przyrządzania tuberkuliny różnego typu z hodowli bulionowych, jak i odczyny biologiczne wskazują, że wszystkie tuberkuliny, przyrządzane mniej lub więcej na modłę starej Kochowskiej, są niezmiernie pokrewne, jeśli nie identyczne, z pierwszą grupą jadów gruźliczych, innych zaś składników toksycznych albo wcale nie zawierają, albo też tylko w ilościach nie uwydatniających się klinicznie, ani biologicznie. Widać już stąd, że tuberkuliny bulionowe, jako pewien rodzaj szczepionki przeciwgruźliczej, nie odpowiadają zgoła postulatom szczepio-

nek, gdyż zawierają jedynie pewne dowolnie wybrane składniki jadu gruźliczego, a pod względem czynności chorobotwórczej drugorzędne. Szereg tuberkulin, które się zjawiły po pierwszej, dowodzi, że i sam Koch nie uważał sprawy za rozstrzygniętą i dążył do udoskonalenia materyału szczepionki. Jeśli mimo to typ tuberkulin bulionowych cieszy się największem rozpowszechnieniem, to dzieje się to za sprawą, niemającą nic wspólnego z uzasadnieniem teoretycznem, ani doświadczeniem na zwierzętach. Tuberkulina, zawierająca wszystkie czynne części składowe laseczników gruźliczych, czeka jeszcze na tego, kto ją przygotuje. Pomimo to K. sądzi, że nie należy lekceważyć tych częściowych korzyści, jakie w pewnych warunkach i zapomocą dzisiejszych przetworów osiągnąć można. K. nie zgadza się z twierdzeniem prelegenta, że metody biologiczne zawodzą w kontrolowaniu wyników leczenia. Rok ostatni przyniósł nam wiele danych biologicznych, wyjaśniających rodzaj odporności gruźliczej i pozwalający oprzeć stosowanie tej lub innej szczepionki na pewnych podstawach, zaczerpniętych wprost z oddziaływania chorego ustroju. Rozkład jadu gruźliczego na części składowe wywołał poszukiwanie w chorym ustroju niweczników swoistych dla każdej grupy. Okazało się, że te niweczniki cząsteczkowe istotnie istnieją i że skład ich u różnych osobników i w różnych okresach choroby jest niejednakowy. Na niekorzyść tuberkuliny zaznaczyć należy, że niweczniki dla niej spotyka się zaledwie u 5—6% chorych, nieleczonych tuberkuliną gdy natomiast niweczniki dla innych grup jadu mogą być stwierdzone u 92% wszystkich suchotników. Prace te pochodzą ze szkoły Calmettea. Wreszcie inne prace z tego samego źródła, traktujące o wpływie tuberkuliny na przyrost niweczników u gruźliczych, wykazują, że i pod tym względem tuberkulina pozostaje w tyle poza innemi szczepionkami.

Gantz odniósł wrażenie z odczytu, że prelegent zaleca stosowanie tuberkuliny co więcej, że zaleca je nawet w praktyce ambulatoryjnej. G. w ciągu ostatnich lat pięciu na oddziale Janowskiego wypróbowuje najrozmaitsze środki przeciwgruźlicze, a więc i tuberkuliny. Przez cały ten czas nie widział ani razu wyniku dodatniego w przypadkach gruźlicy krtani. W gruźlicy płuc może istotnie kilka razy spostrzegał szybsze występowanie rozrostu tkanki łącznej, lecz i te przypadki wkrótce zakończyły się śmiercią. Sposób stosowania tuberkuliny nie jest jeszcze obecnie ujednostajniony; wprawdzie wszyscy zaczynają od dawek bardzo małych, lecz jedni starają się dojść do dawek możliwie dużych, znoszonych bez jakiegokolwiek odczynu, inni zaś nigdy nie przekraczają dawek małych. Trzeba pamiętać o tem, że stwierdzone po raz pierwszy przez Löwensteina i Pickarta we krwi leczonych tuberkuliną antytuberkuliny nie są bynajmniej identyczne z ciałami przeciwgruźliczemi, że, jak dowiedli Much i Deycke, istnieje szereg toksyn gruźliczych i wreszcie, że można przyzwyczaić ustrój gruźliczy do bezkarnego znoszenia nawet bardzo dużych dawek tuberkuliny, mimo, że sprawa chorobowa wcale się nie poprawia. G. stosuje od pewnego czasu minimalne dawki zawiesiny i laseczników, preparat, który może najbardziej zbliża się do rodzaju szczepionek, — jedynie w celu przekonania się o wpływie tego rodzaju stosowania tuberkuliny na gorączkę w przypadkach cięższych. Wprawdzie i tu niema pewnego kryteryum co do »post hoc — ergo propter hoc«, a materyał jest jeszcze zbyt mały, by napewno można było sądzić o wartości metody, lecz w kilku przypadkach ciepłota, która mimo kilkotygodniowego leżenia i innych środków nie opadała, pod wpływem małych dawek BE. opadła do poziomu prawidłowego. Jeżeli więc sprawa stosowania tuberkuliny jest jeszcze daleka od rozwiązania, jeżeli z drugiej strony, jak sam prelegent przyznaje, ma to być leczenie, dążące do uodpornienia czynnego, jakżeż tedy można zalecać leczenie ambulatoryjne? Jedynie w zakładach zamkniętych pod stałą obserwacyą lekarską można, zdaniem G., p r ó b o w a ć stosować tuberkulinę.

Edward Brunner zaznacza, że wyleczenia tocznia zapomocą tuberkuliny nie osiągamy, poprawę obserwujemy często, a w większości przypadków możemy się w leczeniu tocznia obejść bez tuberkuliny. W przypadkach gruźlicy narządów moczowo-płciowych (sterczu, pęcherza, najądrza, nerek), B. zauważył u wszystkich swych chorych, leczonych tuberkuliną, znaczną poprawę stanu ogólnego oraz przyrost na wadze; mocz oczyszczał się, nacieki w najądrzu zmniejszały się, owrzodzenie gruźlicze na błonie śluzowej pęcherza prawie zupełnie się zagoiło. Zupełnego wyleczenia nie spostrzegał. Wstrzykiwał starą tuberkulinę, działań ubocznych nie spostrzegał.

Rappaport jest zwolennikiem ambulatoryjnego stosowania tuberkuliny.

K. Szokalski zaznacza, że w odczycie nie wyjaśniono dostatecznie, na czem polega dodatnie działanie tuberkuliny na ustrój gruźliczy. Należałoby zwrócić uwagę na II. okres gruźlicy, poprawa bowiem w I. okresie nie daje nam dokładnych danych o działaniu tuberkuliny. Autorzy powinni w swych pracach przytaczać krzywe ciepłoty, wagę, rentgenogramy. Należałoby wypróbować w leczeniu gruźlicy chemoterapię Ehrlicha. S. proponuje wprowadzać do ustroju wraz z tuberkuliną, która utrwala się w ognisku gruźliczem, ciała bakteryobójcze, np. kreozot; w ten sposób możnaby uniknąć odczynu gorączkowego.

Pawiński zaznacza, iż w »Pamiętniku Tow. lek. war.« z r. 1891 znajduje się sprawozdanie prof. Baranowskiego, dotyczące prób z tuberkuliną, z którego okazuje się, że obecnie po 22 latach niema postępu w leczeniu tuberkuliną.

A. Sokołowski przypomina, że już przed 22 laty zachowywał się sceptycznie w sprawie leczenia tuberkuliną i wspomina o przypadku gruźlicy wargi dolnej, w którym stosował małe dawki tuberkuliny, a sprawa gruźlicza rozwijała się w dalszym ciągu.

Pawiński przypomina o odnośnych badaniach Brodowskiego; 3 przypadki zakończyły się śmiercią.

Dębiński w odpowiedzi zaznacza, że słusznie zwrócił uwagę Karwacki na stronę farmakodynamiczną tuberkuliny, ale w odczycie, poświęconym innemu tematowi, prelegent nie mógł szerzej omówić tej sprawy. Nie zgadza się z Gantzem co do niebezpieczeństwa ambulatoryjnego stosowania tuberkuliny, o ile się ją wstrzykuje w dawkach minimalnych i nie dochodzi do dużych dawek. Szokalskiemu odpowiada, że widział chorych, którzy gorączkowali, pomimo paromiesięcznego pobytu w sanatoryum, a u których ciepłota obniżyła się dopiero po zastosowaniu tuberkuliny.

Tadeusz Borzęcki.

W sprawie szpitala św. Łazarza w Krakowie

napisał

Stanisław Ciechanowski.

(Dokończenie).

Przy sposobności, skoro już mowa o organizacyi służby lekarskiej w szpitalu krakowskim, chciałbym zwrócić uwagę na jedną jeszcze w tym względzie potrzebną, jak mi się zdaje, reformę, obchodzącą głównie oddziały wewnętrzne. Chodzi o sposób przyjmowania chorych. Obecnie przyjmuje ich na oddziały wewnętrzne lekarz dyżurny w izbie przyjęć. Wskutek tego zostają niekiedy przyjęci chorzy, którzy tworzą dla oddziału balast, bądź dlatego, że niekoniecznie potrzebują leczenia szpitalnego i z równym skutkiem mogliby być leczeni ambulatoryjnie, bądź dlatego, że po bliższem zbadaniu okazuje się ich stan nieuleczalnym i nie rokującym w szpitalu poprawy; chorych takich musi potem prymaryusz na zasadzie dokładniejszego badania nazajutrz ze szpitala usuwać. Jednodniowy lub dwudniowy pobyt takich chorych stwarza jednakże na oddziale nieraz nadmierne przepełnienie, a w administracyi szpitalnej przyczynia mnóstwo niepotrzebnej pracy i pisaniny. Tego wszystkiego możnaby uniknąć, gdyby decyzya co do przyjęcia chorego na oddział we-

wnętrzny zależała od prymaryusza, jak to już się praktykuje z korzyścią na kilku innych oddziałach w Krakowie.

Przechodzę do innego działu, którego rekonstrukcya została już do Sejmu wniesiona, a który już dlatego nader pilno potrzebuje reformy, że wszystkie oddziały szpitalne na równi obchodzi i na czynność ich bardzo wpływa. Mowa o pralni i kuchni. Stosunki obecne są wprost nieznośne i już przed paru laty przytaczałem ze sprawozdań Inspektora szpitali rażący ich obraz. Kuchnia jest tak mała, że właściwie wystarczałaby tylko na połowę tego zadania, które musi spełniać: w jednych i tych samych kotłach trzeba gotować po 2 i 3 razy do tego samego posiłku (2100 litrów, gdy jest miejsce na 830), a więc naprzód rosół, potem mleko i t. p.; chorzy nie mogą dostawać posiłków równocześnie, potrawy przychodzą na oddziały przygrzewane, więc niesmaczne, trzeba je zaczynać wydawać już o dziesiątej(!) rano, aby chorzy mogli przygrzewany posiłek południowy zacząć jeść o 11 lub 11½. Te stosunki oczywiście od owego czasu musiały się pogorszyć w miarę coraz większego przyrostu liczby chorych w szpitalu i zużywania się urządzeń kuchennych. Nie lepiej stoją rzeczy co do pralni. Ciasnota, wielkie zniszczenie maszyn, niedostateczna ich liczba, wszystko to sprawia, że pomimo ciągłego dokupywania szpital ma ilość bielizny niedostateczną, ba nawet podobno coraz bardziej niedostateczną, bo bielizna w tych warunkach prawie odrazu w praniu się niszczy, a wszystkie wydatki na nową bieliznę idą w obecnych warunkach na marne. To też nic dziwnego, że Wydział krajowy zamierza podjąć rekonstrukcyę kuchni i pralni już w pierwszym okresie zamierzonych inwestycyi. Sprawa nie cierpi dłuższej zwłoki choćby z tego względu, aby raz położyć kres najfatalniejszemu, w stosunkach kuchennych źródło swe mającemu, porządkowi dnia szpitalnego. Obecnie bowiem śniadanie musi być rozdawane o 8 rano, obiad o 11—11½, podwieczorek (wieczerza) o 5 po południu, poczem chorzy nic już nie dostają do jedzenia. Toteż wieczorem wielu z nich odczuwa głód; zdarza się, że chorzy zrywają się w nocy, kradną sobie wzajemnie chleb i t. p. Cały ten nieodpowiedni podział dnia i pory posiłków będą się mogły zmienić dopiero po należytem powiększeniu urządzeń kuchennych, obecnie przeszło dwukrotnie przeciążonych. Oczywiście nie są mi znane szczegóły tej rekonstrukcyi. Jeżeliby jednak miała ona polegać tylko na przebudowie obecnego pawilonu kuchennego i jego urządzeń, to byłby to środek, zdaje mi się, tylko paliatywny i wydatek w znacznej części stracony. Trudno bowiem w budynku, obliczonym na połowę ledwo teraźniejszego zapotrzebowania, uzyskać nawet zapomocą jakichś przybudówek naprawdę dogodny i celowy rozkład ubikacyi; oprócz tego budynek ten stoi na drodze między pawilonem przyjęć i oddziałami wewnętrznymi, a innymi oddziałami. Po rekonstrukcyi szpitala stałby budynek taksamo na drodze między przerobionym z klasztoru gmachem administracyjnym z salami przyjęć, a pawilonami wewnętrznymi i prędzej czy później musianoby kuchnię z niego usunąć, przenosząc ją na właściwsze, jak mi się zdaje, miejsce, w samym środku szpitala, tam mniejwięcej, gdzie dziś znajduje się obejście ogrodnicze. Praktyczniejsze i — jeżeli ma się na oku nietylko najbliższą przyszłość — w całości tańsze byłoby wybudować odrazu nowy pawilon kuchenny, pralnie i t. p., a dopóki to nie nastąpi, tylko prowizoryczne usunięcie najdolegliwszych braków obecnego urządzenia kuchennego. Należy się liczyć także z koniecznością urządzenia centrali dla wody ciepłej, dla wyjaławiania wody, ewentualnie nawet dla wyjaławiania opatrunków, dalej dla ogrzewania całego szpitala, względnie nowych budynków i dla wytwarzania elektryczności. Te wszystkie instalacye najkorzystniej byłoby skupić razem z instalacyami dla pralni i kuchni, już więc z tego względu najlepszy byłby odrazu nowy budynek na wszystko, a zanim on stanie, tylko tymczasowe poprawienie dzisiejszej kuchni i pralni.

W programie najpilniejszych uzupełnień szpitala św. Łazarza przybyła w ostatnim roku pozycya na czas nieprzewidywana, a wysuwająca się dziś niemal na naczelne miejsce. Jest nią sprawa oddziałów dla dzieci. Dopóki bowiem zdawało się, że pertraktacye z Towarzystwem opieki szpitalnej dla dzieci, utrzymującem dotychczas szpital św. Ludwika, doprowadzą do jakiegoś pomyślnego wyniku, do objęcia tego szpitala w tej czy innej formie przez kraj, dopóty sprawa ta pozostawała na drugim planie i nie zdawała się pilną. Tymczasem jednakże układy rozbiły się zupełnie, Towarzystwo, wypowiedziawszy dotychczasowy kontrakt z krajem, szpital z końcem r. b. zupełnie zwija, a więc już za dziesięć miesięcy Kraków pozostałby zgoła bez szpitala dla dzieci. Niepodobna przypuścić, aby do tego doszło, aby u nas znikła placówka pedyatryi wtedy właśnie, gdy nawet w tak ciężkich warunkach, jakie są w Królestwie, powiodło się usiłowaniom naszych lekarzy, wspartym przez hojnych ofiarodawców, stworzyć tam kilka wzorowych szpitali dziecięcych. Dla wykształcenia lekarzy, których wychowują szpitale krajowe w Galicyi, niezbędny jest osobny zakład dla chorób dziecięcych, stanowiący pewną jednolitą całość. Również i dla chorych dzieci ze względu na opiekę fizyczną i moralną zakład osobny jest konieczny, a proste względy humanitarne nie dozwalają na to, aby dzieci według rodzaju choroby znajdować się miały na rozmaitych oddziałach szpitala wspólnie z dorosłymi. Niepodobieństwo tego najwybitniej widać z jednego przykładu: pomieszczenia dzieci na oddziale skórno-wenerycznym. Sytuacya, która się obecnie wytworzyła, jest wprost fatalna, bo wobec bliskiego terminu zwinięcia szpitala św. Ludwika jest fizyczną niemożliwością zbudować i urządzić, a ze względów higienicznych byłoby wprost niedozwolonem zaludnić nowe pawilony dziecięce w szpitalu św. Łazarza już z Nowym Rokiem 1914. Z góry już więc przygotować się trzeba na jakieś prowizoryum, niekorzystne i pod względem lekarsko-higienicznym i pod względem administracyjno-finansowym, jeśliby oddziały dziecięce tymczasowo pomieszczono w jakimś lokalu wynajętym, — a jeszcze niekorzystniejsze, jeśliby dzieci rozdzielono pomiędzy obecnie istniejące oddziały dla chorych dorosłych, gdzie na to nawet miejsca niema, lub pomieszczono w tymczasowych barakach, których ogrzanie w zimie może być bardzo problematyczne. Jakiekolwiek będzie to prowizoryum, będzie zawsze złe i powinno trwać jak najkrócej, a budowa zakładu pedyatrycznego w szpitalu ze wszystkimi potrzebnymi oddziałkami powinna być bezzwłocznie uplanowana i rozpoczęta.

Przechodząc do drugiego największego działu szpitala, trzeba — pomimo całego uznania za całkowite zmodernizowanie i rozszerzenie oddziału chirurgicznego — stwierdzić, że oddział ten jest za mały. Już teraz dla pomieszczenia chorych w okresach większego ich napływu konieczny byłby drugi pawilon. Koszt jego nie byłby nawet tak znaczny, bo obecne urządzenia operacyjne wystarczą na większą liczbę chorych, tak, że ów drugi pawilon, zawierający same sale chorych, byłby tańszy o całą poważną sumę, jakiej wymaga budowa i urządzenie sal operacyjnych. Jeszcze oszczędniej możnaby sprawę tę rozwiązać przez adaptacyę na cele oddziału chirurgicznego obecnego pawilonu dla obłąkanych. Myśl ta nasuwa się sama ze względu na bezpośrednie sąsiedztwo obu budynków, jak również ze względu na to, że hałaśliwy oddział umysłowo chorych, całymi dniami wykrzykujących, śpiewających i t. p., powinienby być odsunięty od innych oddziałów, a wreszcie i ze względu na to, że obecny pawilon dla obłąkanych, zbudowany starym systemem, nie nadaje się do swego celu i przy przekształceniu tego oddziału na stacyę obserwacyjną należałoby umieścić go w nowym, współczesnym pojęciom odpowiadającym budynku.

Oprócz tego wzrastający ruch chirurgiczny w szpitalu krakowskim nasuwa uwagę, że w niedalekiej przyszłości trzeba będzie otworzyć drugi oddział chirurgiczny, gdyż jedyny oddział dotychczasowy nie będzie mógł długo pokonać nawału pracy i pomieścić zwiększonej liczby chorych.

Przy sposobności należy podnieść postulat pierwszorzędnej wagi i dla oddziału chirurgicznego, i dla naszego szpitalnictwa wogóle. Jest nim konieczność urządzenia w (większych) szpitalach mechanoterapii i ortopedyi. Mnóstwo przypadków urazowych wychodzi wprawdzie ze szpitali doskonale wyleczonych w znaczeniu anatomicznem, ale stosunkowo bardzo niewiele wyleczonych w znaczeniu czynnościowem. Przyczyną tego jest, że z braku stosownych przyrządów zgoła nie można przeprowadzić należytego doleczania (Nachbehandlung) takich przypadków. Wynikiem tego jest, że wielu leczonych nie odzyskuje pełnej sprawności fizycznej, pełnej zdolności do pracy i potem stanowi ciężar dla kraju i społeczeństwa, jako kaleki. Podobnież wielkie wprost ekonomiczne znaczenie ma leczenie ortopedyczne, ratujące od kalectwa całe szeregi dzieci, (które już w roku przyszłym wszak znajdą się w szpitalu św. Łazarza).

Powracając do budowli, które powinny być podjęte już w pierwszym okresie inwestycyjnym, wystarczy o oddziale położniczym przypomnieć to jedno, że już przed laty czternastu czy piętnastu, mimo że o szerszej akcyi w szpitalnictwie ani marzyć nie było można, ten oddział uznany został przecież za zupełnie niemożebnie pomieszczony i postanowiono budowę nowego pawilonu. Ta budowa ugrzęzła między Scyllą krajową, a Charybdą rządową aż do dzisiaj. Wobec powszechnie od roku już znanego postanowienia rządu, że kliniki położniczej wspólnie z oddziałem szpitalnym i szkołą położnych stawiać się nie będzie, znikła najważniejsza trudność w tej sprawie, a kraj, mając ręce rozwiązane, może i powinien tej budowy dłużej już nie odwlekać.

Do tej grupy pilnych postulatów należy dalej trudne

zagadnienie pawilonów zakaźnych. Dzisiejszy pawilon, niegdyś, na swój czas, będący poważną zdobyczą, stanął odrazu w miejscu nieodpowiedniem, dziś leżącem znacznie pod poziomem otwieranej właśnie na wysokim nasypie przyległej ulicy, a przytem odrazu był zakrojony na zbyt małe rozmiary. Wskutek tego na 28 łóżkach etatowych leży obecnie często do 50, czasem nawet do 60 chorych. Rocznie przez szczuplutki ten oddzialik przesuwa się ogromna liczba przypadków (do 530), a z powodu braku dostatecznej liczby osobnych sal niekiedy chorzy na różne choroby zakaźne muszą być pomieszczani w jednej sali obok siebie! Oprócz tego dziś nie odpowiada już ten oddział wcale współczesnym wymaganiom i tworzy rażący kontrast z nowo-otwartym zakładem zakaźnym we Lwowie. Szpital krakowski, mając tesame zadania, co lwowski, niewiele od niego przytem mniejszy, musi rozporządzać takimże obszernym nowoczesnym zakładem zakaźnym. To wszystko nie ulega wątpliwości. Trudność zaczyna się dopiero przy wyznaczeniu miejsca na ten zakład, i tu słyszałem zdania bardzo rozbieżne. Przeciwko budowie zakładu zakaźnego na terytoryum dzisiejszego szpitala przytaczano potrzebę odsunięcia tego zakładu od innych zakładów leczniczych i od środka miasta, którego szpital dzisiejszy jest blizko; podnoszono dalej, że na kilka pawilonów, z jakich powinien się taki zakład składać, trudno już będzie w sąsiedztwie dzisiejszego szpitala o miejsce; w końcu, że byłoby także rzeczą korzystną skupienie w jednem miejscu wszystkiego, co z chorobami zakaźnemi jest w związku, a więc budowa krajowego zakładu zakaźnego w pobliżu miejskich zakładów sanitarnych, t. j. domów izolacyjnych, zakładu dezynfekcyjnego i pracowni bakteryologicznej, na gruncie, który miasto krajowi w tym celu już ofiarowało. Za budową w sąsiedztwie dzisiejszego szpitala argumentowano w ten sposób, że w takim razie nie będzie potrzeba osobnego aparatu administracyjnego, że dalej nie będzie potrzeba częstego przewożenia z miasta do zakładu chorych zakaźnych, którzy tak czy tak, zawsze w znacznej liczbie zgłaszać się będą naprzód tam, gdzie publiczność przywykła, t. j. do starego szpitala św. Łazarza; następnie wskazywano na częste zagranicą nawet w najnowszych szpitalach przyłączanie do nich wielkich zakładów zakaźnych, obsługiwanych przez wspólną instalacyę kuchenną, pralnię i t. p., na to, że zakład zakaźny często potrzebuje pomocy innych oddziałów szpitalnych, że naodwrót w samym szpitalu potrzebaby w każdym razie osobnego oddziału dla tych chorych zakaźnych, którzyby przypadkiem przybyli do starego szpitala św. Łazarza w stanie zbyt ciężkim, wyłączającym dalszy transport, lub wymagającym niezwłocznej pomocy (intubacya, tracheotomia w krupie i t. p.). Niewiem, które ze zdań tych przeważy. W każdym razie, wobec nadzwyczaj pilnej potrzeby zakładu dla chorób zakaźnych, należałoby, jak sądzę, sporną sprawę miejsca jaknajrychlej rozstrzygnąć. W tym celu trzebaby ją wszechstronnie wyświetlić, zapomocą niezwłocznej ustnej konferencyi wszystkich powołanych czynników, a więc przedstawicieli kraju, lekarzy szpitalnych, miasta i rządu (ze względu na usługi, jakie zakład zakaźny spełnia w zwalczaniu epidemii w samem mieście i w sąsiadujących z niem powiatach). Rzeczowa dyskusya na takiej ankiecie najłatwiej doprowadzi do racyonalnego rozwiązania tego zagadnienia, gdyż najłatwiej sprowadzi różnice zdań do wspólnego mianownika pod hasłem naczelnem dobra chorych.

Łączy się z tem sprawa pawilonu dla chorych na gruźlicę. Wszak chorych takich należałoby co do potrzebnych ostrożności postawić na równi z innymi chorymi zakaźnymi, o ile chodzi o gruźlicę otwartą. O ile zaś chodzi o wczesne okresy choroby, w których można osiągnąć poprawę, to chociaż nawet w szpitalach, niekorzystnie w mieście położonych, można zdziałać w tym względzie dużo, niemniej jednak korzystniej i taniej wypadłoby, mojem zdaniem, leczenie takich chorych w pawilonie zamiejskim, w otoczeniu dużej wolnej przestrzeni.

Cały ten szereg postulatów domaga się załatwienia wprost tak nagląco, że na te cele powinnyby być obrócone pierwsze środki, jakimi kraj na inwestycye w zakresie szpitalnictwa rozporządzać będzie i że początek tych inwestycyi powinienby przypaść jeszcze na rok bieżący.

W bardzo złych warunkach jest obecnie pomieszczony także oddział kiłowo-skórny, a jeżeli o nim tu dopiero wspominam, to nie dlatego, żebym uważał sprawę tę za mniej pilną, lecz tylko dlatego, że na początku zająłem się głównie tą częścią rekonstrukcyi, do której już są podobno przygotowane plany, która przeto mogłaby się zacząć niezwłocznie. Rozwiązaniem sprawy tego oddziału mogą być tylko zupełnie nowe budynki, taksamo, jak i dla oddziału obserwacyjnego, na który po otwarciu zakładu w Kobierzynie ma się przekształcić obecny oddział dla umysłowo-chorych. Pomieszczenie obecne pierwszego z tych oddziałów pozostałoby mimo wszelkich adaptacyi zawsze nieodpowiednie, budynek, w którym teraz mieści się drugi z tych oddziałów, nie odpowiada dziś, jak wspomniano, celowi, a byłby bardzo przydatny na rozszerzenie oddziału chirurgicznego. Skrzydło po oddziale kiłowowenerycznym potrzebne będzie na cele administracyjne, mieszkania służby, magazyny; przypuściwszy zaś nawet, że wszystko to zmieściłoby się we właściwym budynku poklasztornym, to zawsze jeszcze potrzebować będą pomieszczenia oddział okulistyczny, obecnie usamodzielniony i kierowany przez osobnego prymaryusza, a wciśnięty »kątem« w kilka pokoików w dzisiejszym pawilonie administracyjnym, oraz oddział laryngologiczno-rynologiczny, który po zburzeniu obecnego swego budynku z powodu otwarcia w tem miejscu ulicy publicznej, znajdzie się bez dachu. Te tedy oddziały mogłyby zająć sale po oddziale skórnym. Ale zdaje mi się, że skrzydło po oddziale kiłowoskórnym zaledwo wystarczy na cele administracyjne i że wobec tego oddział okulistyczny i laryngologiczny muszą także otrzymać nowe budynki. Wszak już dziś oddział okulistyczny dla braku miejsca nie przyjmuje około 30% chorych, koniecznie potrzebujących leczenia szpitalnego.

Na dalszym planie postawić dopiero można dwie sprawy, których załatwienie miałoby pewne znaczenie ekonomiczne. Jedną z nich jest stworzenie osobnego, należycie urządzonego pawilonu dla chorych płacących, mających środki pieniężne skromne, a potrzebujących koniecznie leczenia zakładowego. Warstwy średnio zamożne są obecnie w takich przypadkach u nas w położeniu fatalnem; prywatne sanatorya są dla nich zbyt kosztowne, w domu, przy rosnącej drożyźnie i ciasnocie mieszkań, jest obecność takiego chorego dla niego i dla rodziny często klęską tem większą, że i opieki umiejętnej tam niema, do szpitala wreszcie, na »klasę«, niekażdy odważy się udać, wobec blizkiego sąsiedztwa sal ogólnych z niekulturalnymi ich mieszkańcami, wobec braku większej wygody i jako tako estetycznego otoczenia, wobec wreszcie tej okoliczności, że nie mogąc opłacić od siebie wprost lekarza szpitalnego, większość chorych odczuwać będzie (pewno niesłusznie, ale liczmy się z psychologią chorych) brak specyalnie sobie poświęconej opieki lekarskiej. Dlaczegóżby nie miał istnieć w szpitalu osobny pawi-

lon, na wzór niemieckich »Zahlstöcke«, gdzieby lekarze — szpitalni, czy też dochodzący, według życzenia chorego, — mogli od chorych otrzymywać honoraryum (choćby nawet przez pośrednictwo kasy szpitalnej), gdzieby znaleźli miejsce chorzy, nie dość zasobni na sanatoryum prywatne, a nie mogący się obejść bez leczenia zakładowego i skąd także fundusze szpitalne zyskałyby pewien dochód? Pawilon taki nie byłby zbyt kosztowny, bo zawierałby tylko same pokoje dla chorych; do operacyi itp. służyłyby dla tych chorych urządzenia już istniejące w odpowiednich pawilonach. (W tym pawilonie znalazłby się może kącik i dla chorych lekarzy, — umieszczanych dotychczas na klasie drugiej, a więc na wspólnej salce, oddzielanych od innych chorych tylko... parawanem. Rzecz jest tem przykrzejsza, że przyznając chorym lekarzom pomocniczym tylko klasę drugą, zamiast pierwszej, oszczędza kraj, wobec rzadkości takich przypadków, może... kilkadziesiąt koron rocznie).

Drugą sprawą podobną jest pawilon dla ozdrowieńców. Nietylko chodzi tu o to, aby stworzyć miejsce dla tych, którzy obecnie nieraz przedwcześnie muszą być ze szpitala wydalani z powodu przepełnienia, ale także o to, aby powracających do zdrowia uchronić od przykrego i deprymującego widoku ciężko chorych sąsiadów i aby lekarzom ułatwić zadanie przez pewne uporządkowanie zastępu chorych na salach. Przy oddzieleniu rekonwalescentów da się, jak przypuszczam, osiągnąć także obniżenie kosztów ich utrzymania, i to jest względ podobny do tego, jaki przemawia za stworzeniem pawilonu dla chorych płacących. Oczywiście stworzenie jednego i drugiego pociągnie za sobą większe jednorazowe nakłady; będą to jednak, jak mi się zdaje, nakłady inwestycyjne nawet w kupieckiem poprostu znaczeniu, które nie na szerokiem polu gospodarki społecznej, ale nawet w ciasnych granicach rachunkowości szpitalnej szybko się zamortyzują i opłacać zaczną.

Cel pawilonu dla rekonwalescentów dałby się najłatwiej osiągnąć przez wysunięcie go poza miasto, zanurzenie w świeżem powietrzu polnem. Pawilon taki możnaby pomieścić na terenie, upatrzonym na przyszły drugi szpital. Taka ekspozytura obecnego szpitala wzrastałaby potem naturalnym biegiem rzeczy, przez przybywanie dalszych pawilonów, któreby już nie ozdrowieńców, ale chorych mieściły; łatwo bowiem przepowiedzieć, że za lat kilkanaście lub dwadzieścia kilka dla nadmiaru chorych nie będzie już nawet w nowych dzisiaj pawilonach miejsca, ani miejsca na dalsze pawilony na obecnem, choćby nawet powiększonem terytoryum szpitalnem. Ale też i dla takich filialnych pawilonów, urastających na nowym terenie zwolna w drugi szpital, trzebaby, jak mniemam, z góry ustalić plan generalny. Program na najbliższą przyszłość nie wyczerpuje zadania, a spojrzenie na dalszą metę nie będzie zbyteczne.

Należałoby też pomyśleć kiedyś o osobnym stosownym budynku na szpitalną pracownię serologiczną i bakteryologiczną.

Wreszcie koniecznością jest pomieszczenie z czasem wszystkich lekarzy pomocniczych i całej służby w odpowiednich, higienicznych mieszkaniach w samym szpitalu, ile możności na odpowiednim oddziale lub w bezpośredniem jego pobliżu. Bez tego nie może oczywiście być mowy o dostatecznej opiece na wszystkich oddziałach, chociaż na wszystkich zajść mogą nagłe groźne powikłania, wymagające natychmiastowych poważnych interwencyi. Ten postulat miałem sposobność niejednokrotnie już poruszać.

Na zakończenie jedna uwaga, tym razem dotycząca nietylko krakowskiego, ale wogóle wszystkich większych szpitali w kraju. Wobec nieuniknionego ich dalszego wzrostu byłoby bardzo pożądane jaknajwiększe zużytkowanie fachowej pracy lekarskiej na odpowiedniem polu. W przeciwnym razie trzebaby personal lekarski nieproporcyonalnie szybko zwiększać. Daleko od tego oszczędniejsze i zarówno dla szpitali, jak dla lekarzy szpitalnych korzystniejsze byłoby odjęcie lekarzom agend czysto administracyjnych (raporty statystyczne, dzienne, prowadzenie wykazu chorych, przepisywanie na czysto ułożonej już relewy, załatwianie tych mnogich korespondencyi, które idą według utartego szablonu i t. p.) i oddanie ich w ręce urzędników manipulacyjnych. Lekarze pozbyliby się przez to ciężaru, który ze szkodą pracy ściśle lekarskiej zabiera im mnóstwo czasu, a który ponoszą — rzecz prosta — niechętnie. Fundusze krajowe zyskałyby, przez załatwienie tych rzeczy tańszym kosztem, bo czas lekarza, mającego studya wyższe, musi być opłacany drożej, niż czas zwykłego pisarza. Administracya z pewnością także by na tem nie straciła, gdyby te czynności, stanowiące dla lekarzy niemiły balast, załatwiane były przez ludzi, w takiej właśnie robocie wyspecyalizowanych i zamiłowanych, a przez to wykonujących ją umiejętniej i dokładniej. O tej rzeczy zresztą niepodobna szczegółowo się rozwodzić, bo trzebaby wtedy poruszyć wogóle całe podstawy, na których opiera się organizacya naszych wielkich szpitali, a więc statuty i instrukcye, pochodzące z przed pół wieku (1860 do 1870), rzecz prosta oddawna mocno przestarzałe i koniecznie wymagające bądź zmiany, bądź uzupełnienia.

O tem, czy wobec ogromnego rozrostu szpitalnictwa krajowego, wobec dojścia rubryki sanitarnej budżetu autonomicznego do siedmiu milionów rocznie, nie byłaby potrzebna także reorganizacya i znaczne pomnożenie sił fachowych lekarskich w biurach zarządu szpitalnictwa, dziś zbyt przeważnie prawniczych, pisałem już niejednokrotnie na tem miejscu w latach poprzednich. A jeszcze, zanimby to nastąpiło, może nie bez pożytku byłoby urządzanie niekiedy, np. raz w roku, konferencyi w programowych sprawach szpitalnictwa z udziałem lekarzy szpitalnych z Krakowa, Lwowa i z prowincyi.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Park Jordana, założony 26 marca 1888, dobiega dwudziestu pięciu lat istnienia. Z tego powodu lwowski miesięcznik »Muzeum« (w zeszycie listopadowym) i krakowski dziennik »Czas« (w d. 16 b. m.) podniosły, że Rada miejska krakowska powinna rocznicę tę upamiętnić przez rozszerzenie parku i założenie dalszych parków Jordanowskich w innych częściach miasta. »Czas« przypomniał zarazem, że Kraków nie spłacił dotąd długu wdzięczności wobec pamięci Henryka Jordana i nie zdobył się na pomnik, lub choćby tablicę pamiątkową, na co po śmierci Jordana poczęto zbierać składki. Miejmy nadzieję, że wobec tych głosów prasy spełni miasto swój obowiązek względem pamięci Twórcy parku i względem przekazanej przez Niego idei.

— Nowo zawiązane »Towarzystwo opieki nad młodzieżą szkolną w Krakowie« rozpoczęło swą działalność rozdawaniem śniadań w kilku szkołach. Uproszone panie rozdają dzieciom niezamożnym rano mleko i bułki. Towarzystwo w przyszłości zajmie się dostarczaniem niezamożnym dzieciom tornistrów, okularów, przyrządów ortopedycznych i t. p. X.

— Lekarze szkolni w Krakowie miewać będą w szkołach ludowych i wydziałowych stale wykłady popularne z dziedziny higieny.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Stanisław Gąsiorowski z Krakowa i Stanisław Orlewicz z Warszawy.

— Dr Walery Momidłowski, st. lekarz powiatowy z Tarnobrzega, przeniesiony został do Krakowa na stanowisko po ś. p. Dr Bielańskim.

— W Szczawnicy rozpoczyna się na dwumorgowym terenie, ofiarowanym przez A. hr. Stadnickiego, budowa Sanatoryum nauczycielskiego dla piersiowo chorych, na które zebrano z loteryi 25.000 kor. i uzyskano z państwowego funduszu przeciwgruźliczego 3000 kor.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. III. do 15. III. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (obcych 3 † —), krztuśca

—, ospy wietrznej 7, płonicy 11 † 1 (1 † —), odry 1, duru brzusznego — † — (— † —), czerwonki 2 † 1 (— † 1), kuru 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Z inicyatywy Dr J. Zawadzkiego założony zostanie współdzielczy skład dla sprzedaży narzędzi lekarskich i opatrunków.

— Zarząd Pogotowia ratunkowego w Warszawie zakłada dla lekarzy Pogotowia kasę przezorności (emerytalną).

— Polski Komitet badania i zwalczania raka ogłasza niniejszem konkurs na oryginalną pracę naukową na temat: »O sposobach wczesnego rozpoznawania raka« (wogóle lub też danego poszczególnego narządu). Warunki konkursu są następujące: 1) Za pracę, uznaną przez sąd konkursowy za najlepszą i kwalifikującą się do nagrody, udziela się premium w sumie rb. 300. 2) Praca powinna być napisana w języku polskim i opatrzona godłem. 3) Nazwisko i adres autora powinny być dołączone w zapieczętowanej kopercie z godłem. 4) Praca nagrodzona, pozostając własnością autora, powinna być niezwłocznie oddana do druku do jednego z polskich czasopism lekarskich. 5) Termin ostateczny nadsyłania prac oznacza się na 1. października 1914. 9) Wynik konkursu ogłoszony będzie w przeciągu 3 miesięcy, a po ogłoszeniu bezzwłocznie nagroda będzie wypłacona. 7) Sąd konkursowy składa się z następujących lekarzy: Prof. Ciechanowski z Krakowa, Prof. Gluziński ze Lwowa, oraz J. Jaworski, F. Kijewski, M. Rejchman i Serkowski z Warszawy. 8) Prace konkursowe nadsyłać należy do Komitetu badania i zwalczania raka, Warszawskie Tow. higieniczne, Krakowskie Przedmieście Nr 66.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 10. III. do 17. III. 1913 przypadków: ospy 1 † 1, płonicy 2 † —, duru wysypkowego 4 † —, róży —, odry 1 † —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Najbliższy niemiecki Zjazd dermatologiczny odbędzie się w Wiedniu 19 i 20 września, bezpośrednio przed Zjazdem niem. lekarzy i przyrodników. (Wykłady, któreby na Zjeździe dermatologów nie mogły dojść do skutku, można będzie wygłosić w Sekcyi dermatologicznej Zjazdu lek. i przyr.). Wyjaśnień udziela Prof. Dr Ehrmann, Wien IX. Kolingasse 9. (lub Prof. Dr Neisser, Wrocław).

— Austryackie ministerstwo spraw wewnętrznych wydało rozporządzenie, regulujące sprawę dozorców chorych, mianowicie ich wykształcenie i egzamina kwalifikacyjne.

— W Meranie stanąć ma »Dom polski« dla młodzieży, potrzebującej leczenia w tej miejscowości.

— Kuratorya austryackiego funduszu przeciwgruźliczego udzieliła za r. 1912 6000 kor. subwencyi galicyjskiemu Towarzystwu walki z gruźlicą, a 3000 kor. Związkowi nauczycielskiemu »Ognisko« we Lwowie.

— Rząd krajowy Śląska austr. ogłasza konkurs na posady koncepisty i asystenta sanitarnego z terminem podań do 26. marca b. r.

Mianowani: fizyolog prof. Franz Hofmann z Pragi profesorem w Królewcu.

Zmarli: dermatolog prof. E. Schiff w Wiedniu, patolog prof. Pertik w Peszcie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.



Rok LII. Kraków, dnia 29. marca 1913. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem.

Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro

(na mocy 500 własnych spostrzeżeń)

napisali

Dr Kazimierz Dłuski i **Dr Stefan Rudzki**

Dyrektor Sanatoryum I. asystent.

(Ciąg dalszy).

Chcąc określić, jakie znaczenie rozpoznawcze ma stopień odczynu Moro, poddaliśmy szczegółowemu rozbiorowi nasze 500 przypadków.

Pierwszy stopień — słaby odczyn (do którego — wobec podkreślonej wyżej niejasności w podziale samego Moro, — weszła i część przypadków, uważanych przez innych autorów za średni odczyn), mieliśmy na ogół w 266 przypadkach, w tej liczbie gruźlica I okresu Turbana była u 156 chorych (59%), II okresu u 69 (26%), III okresu u 41 chorych (15%). Podług wieku: dzieci do 15 lat było 9 (4%), dorosłych: od 16 do 20 lat — 32 (12%), 21—50 l. 221 (83), powyżej 50 l. — 4 (1%).

Drugi — średni stopień odczynu Moro — mieliśmy w 68 przypadkach, w tem I okres Turbana był u 34 chorych (50%), II okres u 24 (35%), III okres u 10 chorych (15%). Dzieci do lat 15 było w tej liczbie 2 (3%), od 16 do 20 l. — 15 (22%), 21 — 50 (74%), powyżej 50 lat — 1 (1%).

Wreszcie trzeci — silny stopień odczynu spostrzegaliśmy u 21 chorych; z nich I okres gruźlicy miało 9 (43%), II również 9 (43%), III zaś 3 (14%). Dzieci do lat 15 było 1 (4%), od 16 do 20 l. 6 osób (29%), od 21 do 50 l. — 14 (67%).

Zestawiając te dane w poglądowych tablicach, otrzymamy następujące wyniki:

TABLICA I

	Okresy Turbana			Wiek chorych		
Wogóle na 500 chorych było:	I	257	51.5%	<15 l.	14	3%
	II	157	31.5%	16—20 l.	74	15%
	III	86	17%	21—50 l.	396	79%
		500		>50 l.	16	3%
					500	
Z nich oddziaływało dodatnio	I	199	77%	<15 l.	12	86%
	II	102	65%	16—20 l.	53	72%
	III	54	64%	21—50 l.	285	72%
		355		>50 l.	5	31%
			(*)		355	(*)

*) Odsetki obliczone są na całą ilość chorych danego okresu lub wieku.

TABLICA II.

Stopień odczynu Moro	Ilość chorych z dodatnim odczynem	Okresy Turbana			Wiek chorych		
I słaby	266 75%	I	156	59%	<15 l.	9	4%
		II	69	26%	16—20 l.	32	12%
		III	41	15%	21—50 l.	221	83%
			266		>50 l.	4	1%
						266	
II średni	68 19%	I	34	50%	<15 l.	2	3%
		II	24	35%	16—20 l.	15	22%
		III	10	15%	21—50 l.	50	74%
			68		>50 l.	1	1%
						68	
III silny	21 6%	I	9	43%	<15 l.	1	4%
		II	9	43%	16—20 l.	6	29%
		III	3	14%	21—50 l.	14	67%
			21		>50 l.	0	0
						21	

Tak więc słaby odczyn Moro spostrzegaliśmy najczęściej, bo w 75%, średni stopień w 19%, silny w 6%.

W stosunku do stopnia choroby widzimy wyraźną prawidłowość w pierwszych dwóch okresach Turbana: w I okresie najczęściej spotykamy słaby odczyn, mniej często — średni, najrzadziej silny odczyn (59 50—43%); w II okresie odwrotnie: najrzadziej słaby stopień odczynu, częściej średni, najczęściej silny odczyn (26—35—43%); w III wreszcie okresie Turbana wszystkie 3 stopnie dodatniego odczynu mniej więcej jednakowo rzadko się spotyka (15—15—14%).

W stosunku do ogólnej liczby spostrzeganych chorych w każdym z 3 okresów Turbana, najczęściej oddziaływali dodatnio lekko chorzy (w I. okresie gruźlicy — 77%), rzadziej chorzy w II. okresie (65%) lub w III. (64%).

Z naszych tedy spostrzeżeń wynika, że stopień odczynu Moro nie jest bez znaczenia w rozpoznaniu gruźlicy, że mianowicie słaby odczyn przemawia najczęściej za lekkiem zajęciem płuc, silniejszy zaś odczyn zdarza się częściej w daleko posuniętych postaciach gruźlicy, niż w pierwszym jej okresie.

Wyniki te, oparte na dużym materyale klinicznym, różnią się od wniosków większości innych autorów.

Sam Moro w pierwszej swej pracy [12]) twierdzi, że najsłabszy odczyn bywa w daleko posuniętej gruźlicy. Objaśnia to on poniekąd właściwościami skóry, mianowicie tem, że przy jędrnej skórze z dobrem napięciem występuje wyraźny odczyn, przy zanikłej zaś skórze słaby.

W drugiej, późniejszej pracy [13]), opartej na znacznie większym materyale, pisze Moro wprawdzie, że »z obrazu i przebiegu odczynu nie można nic pewnego wywnioskować o postaci i charakterze gruźlicy w poszczególnym przypadku« [14]).

Podnosi też fakt, że »charakter odczynu w wielkim stopniu zależy nietylko od oddziaływania ustroju na gruźlicę, lecz i od ogólnego stanu danego osobnika (pobudliwość układu nerwowego, właściwości skóry, odżywienie« [15]). Podkreśla jednak — wbrew pierwotnemu swemu twierdzeniu — że »silny odczyn skórny, widoczny przez dłuższy czas (kilka tygodni), odczyn, któremu towarzyszy znaczne łuszczenie, znajduje się prawie zawsze tylko w ciężkich, daleko posuniętych przypadkach gruźlicy« [16]).

Bullinger otrzymywał przeważnie słaby odczyn; wielką rolę — zdaniem jego — odgrywają właściwości skóry, długość i sposób wcierania. W rezultacie poleca on ten odczyn, jako cenny pomocniczy środek rozpoznawczy.

Emmerich u swych chorych (z przewagą II. okresu Turbana) otrzymywał najczęściej słaby stopień odczynu, trzeciego stopnia nie miał ani razu.

Rzadko, bo tylko w 4½% spotykał silny odczyn i Monti.

Wetzell dochodzi do wniosku, iż »siła odczynu nie daje żadnych wskazówek co do ciężkości choroby«.

Kanitz podaje, że w większości przypadków otrzymywał pierwszy stopień odczynu, dość często drugi, raz jeden trzeci. Na mocy faktu, że u 11% »niepodejrzanych« klinicznie wystąpił odczyn dodatni, wyprowadza Kanitz daleko idący wniosek, iż »i dodatni odczyn (u dorosłych) nie może świadczyć o istnieniu gruźliczego ogniska«, natomiast »u dzieci odczyn dodatni bywa tylko przy gruźlicy«.

Z polskich autorów Chlumsky nie wspomina, jaki stopień odczynu otrzymywał, lecz próbę Moro uważa za »dosyć czułą, choć niezupełnie niezawodną«.

Chybczyński w swych przypadkach miał »zwykle średni odczyn, nie zauważył jednak żadnego prawidłowego stosunku między liczbą grudek a stopniem zakażenia gruźliczego«.

Wilczyński wreszcie »nie mógł ustalić żadnego związku między stanem chorobowym a mniej lub więcej wybitnym wynikiem odczynu«.

Różnice te pomiędzy naszymi wnioskami a wnioskami innych autorów, objaśniają się prawdopodobnie zbyt szczupłym materyałem w porównaniu z naszym, wiadomo zaś, że w statystyce tylko posługiwanie się wielkiemi liczbami może wyświetlić istotny stan rzeczy.

Materyał nasz przyczynić się także może do wyjaśnienia, jakie jest znaczenie rozpoznawcze odczynu Moro zależnie od wieku badanych.

Z podanej wyżej tablicy widzimy, iż gdy z dzieci gruźliczych 86% oddziaływało dodatnio na wcierania maści tuberkulinowej, to u ludzi dorosłych, chorych na gruźlicę (w wieku 16—50 lat), już tylko w 72% był dodatni odczyn, starsze zaś osoby (powyżej 50 lat) zaledwo w 31% oddziaływały.

Stopień odczynu w wieku dziecięcym — na naszym materyale — nie daje większych różnic (wszystkie trzy stopnie mieliśmy jednakowo często, w 3—4% ogólnej liczby dodatnich wyników). Młodzieńcy w wieku 16—20 lat dawali słaby odczyn w 12%, średni w 22% i silny w 29%; odwrotnie, dojrzali ludzie (od 21 do 50 l.) najczęściej słabo oddziaływali (83%), mniej ich dawało średni odczyn (74%) i jeszcze mniej silny (67%).

Co do starszych wreszcie osób (powyżej 50 l.), to stanowiły one tylko 1% wśród oddziałujących słabo i średnio, u żadnej zaś z nich nie było silnego odczynu.

Znaczenie dodatniego odczynu skórnego przez różnych autorów było wyjaśniane rozmaicie.

Sam Moro twierdzi, że »odczyn dodatni wskazuje prawie bez wyjątku na jawne, bardzo często na skryte i w pewnych okolicznościach także na wyleczone ognisko gruźlicze« [5]), w innem zaś miejscu dodaje, że »odczyn późno występujący lub tylko po powtórnem wcieraniu dający dodatni wynik, przemawia naogół przeciw obecności jawnego ogniska« [16]).

Emmerich podkreśla, że »odczyn skórny ma mniejszą wartość przy rozpoznaniu u dorosłych, ponieważ i nieczynne ogniska oddziałują na maść tuberkulinową«.

Również Wetzell dochodzi do wniosku, że odczyn Moro u dorosłych »nie nadaje się do zastosowania, gdyż wykazuje i nieczynne ogniska gruźlicze i u niepodejrzanych klinicznie daje 70% dodatnich wyników«. Widząc przyczynę tego w »nieszczęśliwie dobranej koncentracyi«

[12]) Münch. m. W. 998 Nr 5.
[13]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 246.
[14]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 246.
[15]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 245.
[16]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 246.

[16]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 246.

maści, proponuje Wetzell »rozcieńczyć ją o połowę, żeby, jak w próbie Wolff-Eisnera, wykazywać tylko czynne ogniska, a nie jak w odczynie Pirqueta nieczynne lub wyleczone«.

Wolff-Eisner w krytyce próby Moro zaznacza także, że »nie pozwala ona odróżnić czynnych od nieczynnych postaci gruźlicy«.

Nasz materyał pozwala nam potwierdzić wnioski samego Moro, a nie jego krytyków. Na 500 chorych mieliśmy 15 przypadków gruźlicy półczynnej i z nich tylko w 7 otrzymaliśmy dodatni odczyn tuberkulinowy (co wynosi 47%); również z 4 przypadków gruźlicy nieczynnej tylko 1 oddziaływał dodatnio (25%), — gdy tymczasem w gruźlicy czynnej na 481 przypadków 347 oddziaływało dodatnio, t. j. 72%.

Dodatni więc odczyn Moro i według naszych badań przemawia za czynną gruźlicą, w nieczynnych zaś postaciach występuje rzadko i to w słabej postaci.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Skreślił

Prof. Dr L Korczyński.

(Dokończenie).

Poza tem podnieść jeszcze trzeba, nawet z naciskiem, stosunki łączące przysadkę z narządami rozpłodowymi, z jajnikami i z jądrami, które tak bardzo wyraźnie się zaznaczają i w patologii i w doświadczeniach na zwierzętach. Brak przysadki wiedzie do zaniku czynności płciowych. U kobiet ciężarnych powstają objawy, przypominające niekiedy wcale dokładnie akromegalię, co zgadza się bardzo dobrze z badaniami anatomicznemi przysadki, które stwierdziły kilkakrotnie podobny przerost, jaki tak często można widzieć w gruczole tarczowym w czasie trwania ciąży.

Na pewną uwagę zasługują wreszcie zmiany, które Hallion i Alquier opisują w trzustce zwierząt, karmionych przysadką. Na podstawie tego opisu przyjąć trzeba, że t. zw. wyspy Langerhansa okazują znamiona większej fizyologicznej sprawności.

Żadne z tych zjawisk, o których wspomnieliśmy, nie może być czemś przypadkowem i biologicznie obojętnem. Czy się zwrócimy do zmian przerostowych, czy do zmian zanikowych różnych gruczołów, wszędzie przyjmować trzeba równocześnie pewne różnice w stopniu, może i w jakości wydzielania wewnętrznego. A te różnice prowadzić muszą do dalszych następstw, odbijać się na przebiegu różnych spraw wegetatywnych. Dla tego to ocenianie skutków zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem któregokolwiek gruczołu napotyka na wielkie trudności. Obok następstw bezpośrednich zjawiają się następstwa dalsze, wtórorzędne. Co jest pierwotne, co następowe w takim obrazie, często bardzo pogmatwanym, o tem napewne rozstrzygać nie można. Najłatwiej jeszcze stosunkowo rozpatrywać się w zboczeniach przemiany materyi i z tego punktu widzenia oceniać rolę gruczołów, działających przez wytwory wydzielania wewnętrznego.

Patrząc z powyższego stanowiska na rolę przysadki mózgowej, zaliczyć ją możemy do rzędu narządów podniecających i postawić ją na tej samej linii, na której stoją nadnercza i tarczyca. Jeśli się godzimy z zapatrywaniem, według którego przemiana materyi podlega w wysokim stopniu wpływom wegetatywnego układu nerwowego, a dalej i z tem, że nerwy współczulne działają podniecająco, nerwy autonomiczne hamująco, to przyjmując drażniki współczulne w wydzielinie nadnerczy, tarczycy i przysadki, tem samem przypuścić możemy istnienie fizyologicznych drażników autonomicznych i starać się o poznanie ich w wydzielinie innych gruczołów. Eppinger i Hess[149]) wprost nawet mówią o takiej, narazie tylko hipotetycznej »autonomii«. I istotnie, jeśli podstawy nauki o związku dynamofizyologicznym między układem współczulnym a pracą narządów, odnoszącą się do sprawy przemiany materyi, są zupełnie realne, jeśli realne są nasze zapatrywania o współczulnych hormonach, to z koniecznością logiki przyjąć trzeba istnienie ciała, lub ciał, które przeciwdziałają jednostronnym podnietom i stosownie do potrzeb miarkują przemianę materyi. Ze sprawą tą łączy się niezmiernie wiele ciekawych i ważnych zagadnień biologicznych. Rozwój i wzrost młodych ustrojów, rozmieszczanie całego materyału, służącego do budowy i do odnawiania się tkanek i narządów, równowaga i miarowość w budowie, okresowość niektórych fizyologicznych czynności i t. d., wszystko to są sprawy, dla których przyjmować trzeba jakieś zasady biologiczne i łączyć je z istnieniem fizyologicznych regulatorów. O wielu z tych rzeczy rozprawiać można zaledwo tylko teoretycznie, inne są jeszcze zupełnie ciemne. Ale mimo to posiadamy już pewne dane, które, o ile chodzi o układ nerwów wegetatywnych, pozwolą wejrzeć nieco głębiej w istotę regulujących urządzeń. Wiadomości nasze w tym kierunku opierają się na poznaniu fizyologicznych przeciwieństw między układem współczulnym i układem autonomicznym i na wyzyskaniu wybiórczych własności trucizn wegetatywnych. Rozwój badań o działaniu nadnerczyny, uznanej powszechnie za typowy drażnik współczulny, miał tu ogromne znaczenie. Na nich oparło się pojęcie o antagoniźmie między nadnerczem a trzustką i rozwinęły zapatrywania nowoczesne o roli trzustki, jako gruczołu, dostarczającego wegetatywnego hormonu.

Podstawę stworzyły tu prace Minkowskiego, oparte na odkrytym wspólnie z Mehringem cukromoczu po wycięciu trzustki. Związek między cukromoczem a usunięciem tego gruczołu, nad którym długo rozprawiano i rozmaicie go tłomaczono, został ostatecznie zupełnie utrwalony wreszcie nawet zapomocą doświadczeń, posługujących się parabiozą zwierząt (Minkowski).

Bez tego odkrycia nie byłby się mógł przez późniejsze badania Bluma uwydatnić antagonizm trzustki i nadnerczy w dziedzinie wpływów na przemianę węglowodanów.

Wstrzyknięcie nadnerczyny sprowadza, jak powszechnie wiadomo, u zwierząt i u ludzi wyładowywanie glikogenu z fizyologicznych składów i nadmiar cukru w krwi, ostateczną, jakkolwiek może nie jedyną przyczynę cukromoczu. Zupełnie to samo dzieje się po wycięciu trzustki. Wątroba traci glikogen, zapasy jego wyczerpują się, a nowe nie przybywają, bo wątroba nie może go już wytworzyć. Że utratę tej zdolności poczytać trzeba za istotne następstwo usunięcia trzustki, za tem przemawiają w wysokim stopniu doświadczenia Hegera i de Meyera[150]), które wykazały, że zapomocą wyciągu trzustkowego, dodanego do krwi, przepuszczanej sztucznym sposobem przez wątrobę psów

---

[149]) Eppinger i Hess l. c.

[150]) Heger i De Meyer. Deutsche med. Wochenschrift 1910 str. 2079.

beztrzustkowych, powrócić jej można zdolność wytwarzania glikogenu.

Spotykamy więc ostatecznie zupełnie identyczne wyniki po nadmiarze jednego lub skutkiem braku drugiego ciała. Zestawienie ich stało się nicią przewodnią dla szeregu złożonych badań. Na porządku dziennym stanęło pytanie, czy przez sztuczną nadwyżkę drażnika trzustkowego nie powiedzie się zabojętnić cukrorodnego działania nadnerczyny i zapobiedz w ten sposób powstawaniu cukromoczu po wstrzykiwaniach adrenaliny. Zajął się niem jako pierwszy, Zuelzer [151]) i dał odpowiedź twierdzącą. Zwierzęta użyte do doświadczeń, które bądź to nieco wcześniej, bądź też równocześnie z nadnerczyną otrzymywały wolny od białka wyciąg trzustkowy, nie wydzielały cukru w moczu. Zupełnie słuszny z tego wniosek, że trzustka niweczyła wpływ nadnerczyny. O takich samych wynikach mówią nieco późniejsze sprawozdania Frugoniego [152]), Glassnera i Picka [153]), v. Furtha i Schwarza [154]). Wiedeńscy autorzy, wymienieni na ostatniem miejscu, tłomaczą jednak inaczej, aniżeli Zuelzer, wpływ trzustkowego soku; odmawiają mu bezpośredniego wpływu na cukromocz nadnerczowy przez hamowanie podrażnienia współczulnego, a brak cukru przyjmują jako następstwo złączonych z wstrzykiwaniami uszkodzeń. W ten sposób sprawa fizyologicznego przeciwieństwa stawałaby się problematyczną. Stanowisko to nie jest wszakże ani dość uzasadnione, ani nawet teoretycznie nie może wydawać się słuszne. Przemawiają przeciw niemu, a za rzeczywistym antagonizmem wcale liczne dowody, dostarczone przez medycynę doświadczalną. Na pierwszem miejscu wymienić wśród nich należy prace Falty [155]), jego współpracowników, zajmujące się cukromoczem trzustkowym i stosunkiem trzustki do gruczołów, które dostarczają drażników współczulnych, a także znaczeniem trzustki dla przemiany materyi wogóle.

Z poprzednich kartek wiemy już, że układ chromochłonny, tarczyca i przysadka mózgowa działają podniecająco na przemianę materyi. Za pośrednictwem ich wydzielin spotęgować można całe utlenianie, wywołać szybsze spalanie białka. Jeśli wydzielina trzustki działać ma przeciwnie, aniżeli poprzednie, w takim razie u zwierząt beztrzustkowych zaznaczać się musi tem wybitniej wpływ układu chromochłonnego, tarczycy i przysadki, a naodwrót usunięcie jednego z należących tam gruczołów zmniejszać powinno skutki wycięcia trzustki. Powyższe rozumowanie stworzyło tło do badań Falty. Wyniki doświadczeń zdają się przemawiać za tem, że było ono zupełnie dobrze pomyślane. Uprawniają one do następujących wniosków:

1) Spalanie białka u zwierząt beztrzustkowych jest w czasie głodzenia energiczniejsze, aniżeli u zwierząt prawidłowych w tych samych warunkach.

2) Wstrzykiwania nadnerczyny wiodą u takich zwierząt do dalszej, wyraźnej straty białka.

3) Cukromocz po wycięciu trzustki zwiększyć można bardzo znacznie przez wstrzykiwania nadnerczyny.

4) Równoczesne usunięcie trzustki i gruczołów przytarczycznych, tych drugich częściowe, z pozostawieniem jednego lub dwu ciałek nabłonkowych pociąga za sobą większe zmiany w przemianie materyi, t. j. większy rozpad białka i znaczniejsze wydzielanie cukru, aniżeli wycięcie samej tylko trzustki.

5) U zwierząt, pozbawionych trzustki i tarczycy, spostrzegać się daje mniejsza strata azotu, współczynnik D : N jest skutkiem tego wyższy, aniżeli u zwierząt z wyciętą samą tylko trzustką, strata ciężaru ciała jest u nich stosunkowo niewielka.

Aby dojść do poznania tych szczegółów, trzeba było całego szeregu trudnych i pracowitych badań i rozbiorów. Przydałoby się więcej i więcej wszechstronnych. Ale do pokonania są tu jednak ogromne trudności także czysto technicznej przyrody, tak wielkie, że o ile chodzi o śledzenie przez dłuższy przeciąg czasu toku przemiany materyi, wprost przezwyciężyć ich nie można, to też na razie musimy się zadowolnić dotychczasowymi wynikami; a zadowolnić się nimi możemy tem rychlej, że rzucają one niemało światła jeśli nie na powszechne znaczenie fizyologiczne trzustki, jako narządu dostarczającego drażników wegetatywnych, to w każdym razie na jej stosunek do innych gruczołów i uzasadniają zapatrywanie o biologicznym antagonizmie między jej wydzieliną, a wydzielinami gruczołów ze skłonnościami do układu współczulnego.

Do rozjaśnienia tego przeciwieństwa posłużyć jeszcze mogą badania Zuelzera, o których mówiliśmy wyżej, ale których nie wyczerpaliśmy jeszcze zupełnie. Wyszły wśród nich na jaw szczegóły ważne i dla cukromoczu nadnerczowego jako takiego i dla cukromoczu, względnie dla choroby cukrowej wogóle. — Poznanie ich łączy się z dawniejszemi doświadczeniami Seegena [156]). Seegen, podwiązawszy żyłę główną dolną tuż ponad ujściem do niej żył nerkowych, znalazł w krwi zwierząt wyraźną hiperglikemię. Zjawiska tego nie umiał sobie wytłomaczyć. Zuelzer pojmuje je jako następstwo przekrwienia nadnerczy, stąd zwiększonego wydzielania nadnerczyny i adrenalinemii i opiera to tłomaczenie na własnych doświadczeniach, w których po podwiązaniu żyły głównej nieco wyżej, ponad ujściem żył nadnerczowych, nie otrzymywał hiperglikemii. Zjawisko spostrzegane przez Seegena możnaby wobec tego uważać do pewnego stopnia jako zadatek cukromoczu nadnerczowego. Na poparcie tego zdania przytacza Zuelzer dalsze swoje doświadczenia u zwierząt z wyciętą trzustką i podwiązanemi żyłami nadnerczowemi, w których, o ile zwierzę te ciężkie zabiegi przeżyło, nie występował zupełnie cukromocz. Znaczyłoby to, że wycięcie trzustki samo przez się nie wywołuje jeszcze wydzielania cukru, że obok braku wydzieliny trzustkowej potrzebny jest niedzownie drażnik współczulny nadnerczowy. W dalszym zaś ciągu wiodłoby to do przypuszczenia, że między cukromoczem nadnerczowym, a trzustkowym nie ma zasadniczej różnicy, że w obu przypadkach stanowi istotę zjawiska nadmierne podrażnienie układu współczulnego, w pierwszym skutkiem istotnego naddatku drażnika, w drugim skutkiem braku przeciwważnika.

O ile wyniki medycyny doświadczalnej wolno przenosić na patologię kliniczną, o tem niepodobna na razie rozstrzygać. I sprawa tak długo będzie musiała zostać w zawieszeniu, jak długo w klinice nie powiedzie się określić dokładniej takich obrazów chorobowych, któreby można uważać z całą pewnością za wyraz lub za następstwo hiperadrenalinozy i innych, któreby się dały określić mianem hiperpankreatyzmu. To, co na tem polu dotychczas zrobiono, stanowi zaledwo początek. Tak też pojmować trzeba prace i zapatrywania Schura i Wiesela [157]) o pochodzeniu niektórych postaci chorób nerek lub miażdżycy tętnic, oraz bardzo subtelnie pomyślane wywody Neussera [158]) o hiperadrenalinozie. Przyjąćby tu trzeba stałą, zwykłą miarę przekraczającą wytwórczość układu chromochłonnego, której nie dotrzymuje kroku wytwórczość gruczołów o przeciwnych skłonnościach biologicznych. Że po drodze takich pojęć postępować zasadniczo można, za tem zdają się przemawiać kliniczne spostrzeżenia Cohna i Peisera [159]) w przy-

---

[151]) Zuelzer. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Medic. 1907 str. 258.

[152]) Frugoni. Berlin. klin. Wochenschrift 1908 Nr 35.

[153]) Glassner i Pick. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Medic. 1911 str. 387.

[154]) v. Furth i Schwarz. Deutsche med. Wochenschrift 1901 str. 274 i 432.

[155]) Falta, Eppinger, Rudinger. Zeitschft. f. kl. Med. T. LXVI str. 1 i LXVII str. 380.

[156]) Seegen cyt. wedł. Zuelzera l. c.

[157]) por. Neusser i Wiesel: Die Erkrankungen der Nebennieren. Wien u. Leipzig 1910.

[158]) l. c.

[159]) Cohn M. i Peiser H. Deutsche med. Wochenschrift. 1912. S. 60.

padkach schorzeń trzustki i ich poglądy o powstawaniu wyraźnych objawów hipertyreoidozy. Między trzustką i tarczycą istnieją również liczne przeciwieństwa.

Godząc się w sprawie wewnętrznego wydzielania trzustki z zapatrywaniem Zuelzera, który przyjmuje stałe wydzielanie i stałą obecność wydzieliny w krwi lub w limfie, za czem przemawiają badania Biedla, Biedla i Offera, liczyć się w każdym razie trzeba ze znacznemi wahaniami tej wytwórczości. Inaczej nie możnaby pojąć, dlaczego cukromocz pokarmowy nie przydarza się, jeśli nie zawsze, to w każdym razie bardzo często. Z badań Reichera i Steina [160]) zdaje się wynikać, że odsetkowa ilość cukru we krwi zmienia się bardzo wyraźnie pod wpływem obfitszego spożywania węglowodanów i dosięgać może znacznej wysokości, przenosić w dwójnasób, a nawet w trójnasób ilość, którą uważamy za prawidłową. Pomimo tego nie pojawia się cukier w moczu, a nadwyżka jego w krwi znika w krótkim stosunkowo czasie. Z konieczności przyjąć trzeba, że równowagę utrzymuje ustrój tylko dzięki zwiększonej wytwórczości trzustki. Może nawet ta zwiększona wytwórczość jest następstwem wielkiej ilości węglowodanów, spożytych z pokarmami.

Że węglowodany zwiększają wydzielanie soku trzustkowego, o tem wiemy dość dawno z badań fizyologicznych (por. O. Cohnheim) [161]), wykonywanych na zwierzętach. Spostrzeżenie Wohlgemutha [162]) u chorego z przetoką trzustkową wykazuje to samo także i u ludzi. Czy tym samym fizyologicznym podnietom, co wydzielanie zaczynów trzustkowych, nie podlega, w pewnym przynajmniej stopniu, także i wydzielanie hormonu trzustkowego? Przypuszczenia takie wypowiadają w ostatnich czasach Cohnheim i Klee [163]).

Ze sprawą tą łączy się zresztą, teoretycznie rzecz biorąc, także drugie pytanie: Czy ten cukier, który ustrój zużywa dla swoich celów, z którego buduje i który spala, jest pod względem biologicznym zupełnie identyczny z cukrem, równego składu chemicznego, wprowadzonym do ustroju? O tem bardzo poważnie możnaby powątpiewać wobec naszych wiadomości, bardzo już utrwalonych, o swoistości ustrojowej białka, a nawet tłuszczu. Węglowodany nie mogą chyba stanowić wyjątku. I może właśnie jedną z przyczyn cukromoczu trzustkowego jest niemożność zamiany dekstrozy wchłoniętej, nazwijmy ją dekstrozą surową, na dekstrozę ustrojową w takich rozmiarach, jakie są potrzebne dla dostarczenia ustrojowi potrzebnego zapasu paliwa. Na drugiem dopiero miejscu stałaby sprawa samego spalania cukru, oraz, nie mniej ważna, wytwarzania glikogenu. Niekorzystnie wpływałby na obie nadmiar nadnerczyny, tak samo jak to czyni wobec wydzielania zewnętrznego trzustki (Benedicenti [164]). W działaniu tem mamy znów objaw antagonizmu, objaw, zasługujący tem bardziej na uwagę, skoro z badań Sweeta i Pembertona [165]) wynika, że u zwierząt po wycięciu nadnerczy wzmaga się czynność wydzielnicza trzustki.

Ale przeciwieństwo trzustkowo-nadnerczowe nie ogranicza się wyłącznie tylko do spraw, związanych z przemianą materyi. Wyrazem jego jest także odkryte przez Loeviego rozszerzenie źrenic po wkropleniu nadnerczyny do worka spojówkowego, spostrzegane u zwierząt pozbawionych trzustki, a u chorych nierzadko w tych przypadkach, w których przyjmować trzeba nadmierną pobudliwość i większe od fizyologicznego napięcie współczulnego układu nerwowego.

Wobec związku, jaki zachodzi niewątpliwie między wyciągami z gruczołów o skłonnościach współczulnych, a narządem krążenia, powstać także musiało pytanie, czy i w tym zakresie nie objawi się w jakikolwiek sposób działanie trzustki. Badań, któreby się zajmowały tą sprawą, mamy wogóle bardzo niewiele. O bezpośredniem działaniu wyciągów z trzustki na serce wogóle nic nie umiemy powiedzieć. O działaniu na naczynia krwionośne posiadamy dwie prace z ostatnich dopiero lat. Autorowie ich, Farini i Roncato [166]) oraz Balint i Molnar [167]) stwierdzili zgodnie, że wyciągi z trzustki wywołują obniżenie parcia krwi i że to obniżenie nie stoi w związku z nerwem błędnym. Ze względu na stosunek trzustki do nadnerczy posiadają niewątpliwie większe znaczenie badania Zuelzera [168]) oraz Glässnera i Picka [169]). Pokazują one, że antagonizm obydwóch drażników dotyczy nietylko przemiany węglowodanów, ale zaznacza się także bardzo wyraźnie przy wpływach nadnerczyny na krążenie, przedewszystkiem na parcie krwi. Zuelzer, wstrzykując zwierzętom odpowiednio sporządzoną mieszaninę adrenaliny i wyciągu trzustkowego, otrzymywał krzywą parcia krwi zupełnie różną od krzywej, znanej z doświadczeń z samą tylko nadnerczyną. Parcie zwiększa się i tutaj, ale nie dosięga nigdy tej wysokości, co po samej nadnerczynie, trwa znacznie dłużej i nie opada poniżej poziomu pierwotnego. Cukromocz nie występuje po takiej mieszaninie. Wyniki Glässnera i Picka o tyle się różnią od poprzednich, że niema w nich wogóle mowy o różnicy krzywej parcia. Dowiadujemy się tylko, że tak po zastosowaniu mieszaniny dwóch ciał, jak i po poprzedniem wstrzyknięciu soku z trzustki nie podnosi się parcie krwi u królików pod wpływem wstrzykiwań nadnerczyny.

Z doświadczeń tych wynika bezsprzecznie, że ciała, znajdujące się w trzustce, posiadają zdolność miarkowania wpływów nadnerczyny.

Wie o tem zresztą już i medycyna praktyczna i korzysta z tego, polecając przetwory trzustkowe, zwłaszcza pankreon, jako lek, mający wstrzymywać rozwój miażdżycy tętnic (Herz) [170]), przeszkadzać powstawaniu napadów dusznicy bolesnej (Burwinkel) [171]) lub usuwać w niektórych przypadkach objawy tyreotoksykozy (Chwostek) [172]).

Jak zmodyfikowane działanie nadnerczyny w złożonych doświadczeniach tłómaczyć należy, o tem trudno jeszcze stanowczo rozstrzygać. Zuelzer pojmuje je jako następstwo wiązania nadnerczyny, tworzenia związku, który nie przestając być ciałem czynnem, jednak traci coś ze swojej jednostronności. Przypuszcza on dalej, że wydzielina układu chromochłonnego i trzustki w takiej właśnie związanej postaci znajduje się stale w ustroju. Równa się to do pewnego stopnia powiedzeniu, że nowo powstałe ciało nie jest już ani drażnikiem nadnerczowym, ani drażnikiem trzustkowym.

Jeśli staniemy na stanowisku biologicznej dynamiki drażników wegetatywnych, to z konieczności zapytać musimy, czy tego rodzaju zapatrywanie, jak powyższe, godzi się z naszemi pojęciami o wybiórczem działaniu wegetatywnych hormonów wogóle. Odpowiedź na takie pytanie nie jest bynajmniej łatwa. Możemy się wszakże pokusić o nią, sięgając nieco głębiej w sprawę życia samych komórek. Na podstawie naszych wiadomości, co prawda bardzo jeszcze szczupłych i niezupełnych, przyjąć trzeba, że życie to jest samo dla siebie małym światem, że komórka

[160]) Reicher i Stein. Verhandl. d. Kongr. f. inn Mediz. 1910. S. 401.

[161]) O. Cohnheim. Die Physiologie der Verdauung u. Ernährung. 1908.

[162]) Wohlgemuth. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1907. S. 477.

[163]) O. Cohnheim i Ph. Klee. Zentrbl. d. experim. Medizin. 1912. T. II. S. 500.

[164]) Benedicenti zob. Glasner i Pick. l. c.

[165]) Sweet i Pemberton. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1911. S. 664.

[166]) Farini i Roncato. Zentrbl. f. d. ges. Physiol. u. Pathol. d. Stoffw. 1910. S. 572.

[167]) Balint i Molnar. Congress-Zentrbl. 1912. T. III. S. 141.

[168]) Glässner i Pick. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Medizin. 1908. S. 387.

[170]) Herz. Oesterr. Aerzte-Zeitung. 1911. Nr 9.

[171]) Burwinkel. Fortschr. d. Mediz. 1910. Nr 18.

[172]) Chwostek. Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr 6.

sama siebie buduje, względnie odradza, sama sobie przysposabia materyał potrzebny do budowy i do pracy i sama potem wydaje ze siebie to, co stało się materyałem zużytym. Do tych celów służą jej rozmaite komórkowe zaczyny. Ale wiemy, że zaczyny znajdują się najczęściej w postaci nieczynnej, jako profermenty i potrzebują do nabrania siły t. zw. katalizatorów czyli aktywatorów. Za takie aktywatory, w pojęciu bardziej szczegółowem, uchodzić mogą bardzo dobrze fizyologiczne drażniki. Tak samo jak zaczyny do związków, na które mają działać, muszą być katalizatory dostosowane dokładnie do zaczynów komórkowych, względnie do części samych komórek, spełniających, według przepisanych z góry prawideł, poruczone im zadania i odznaczać się wobec nich biologiczną swoistością. Taka swoistość wiąże się ściśle z pojęciem wzajemnej fizyologicznej skłonności, czyli t. zw. organotropii, albo chwytności, a siła tej chwytności jest większa, aniżeli spójnia, która łączy dwa hormony w jeden wtórny związek. Mocą wybiórczej chwytności komórek związek się rozpada i składowe jego części zaczynają działać na części składowe komórek. Powstaje stan czynny. Ale czynność jest umiarkowana, bo odbywa się nie w jednym tylko kierunku, ale pod działaniem sił, które nie znosząc się bynajmniej wzajemnie, nie dopuszczają jednak do jednostronnej przewagi pewnych życiowych procesów. Jeśli zamiast pojęcia komórek wprowadzimy pojęcie najdrobniejszych włókienek wegetatywnych współczulnych, autonomicznych i najsubtelniejszych ich połączeń z istotą komórkową, to możemy temsamem mówić o zmodyfikowanym wpływie hormonów wegetatywnych na cały szereg spraw życiowych, wychodząc z założenia, że hormony krążą w ustroju w stanie związanych ze sobą, nieczynnych połączeń wzajemnych. Zapatrywanie Zuelzera da się w takim razie pogodzić z zapatrywaniami tych autorów, którzy, jak n. p. Falta, skłaniać się zdają raczej ku przyjmowaniu zupełnej rozdzielności hormonów.

Zaprowadziłoby nas za daleko, gdybyśmy się zapuszczać chcieli w roztrząsanie wielu, niewątpliwie bardzo ciekawych zagadnień teoretycznych, związanych z działaniem drażników. Nie tu miejsce po temu i nie taki cel tej pracy. Chodziło nam w niej o uwydatnienie najważniejszych szczegółów z zakresu biodynamiki układu wegetatywnego w związku z nauką o wydzielaniu wewnętrznem, o ile mogą mieć znaczenie dla celów medycyny klinicznej. Znajomość tych szczegółów służyć ma lekarzowi za wskazówkę przy rozbiorze nieprawidłowych objawów w zakresie spraw wegetatywnych i kierować jego rozpoznawczem rozumowaniem. Na podstawie tej znajomości szeregować może rozmaite nieprawidłowe zjawiska według tego, czy noszą piętno zboczeń czynnościowych, związanych z układem współczulnym lub autonomicznym i czynić na tej podstawie dalsze wnioski nietylko o stanie każdego z tych układów, ale także o sprawności gruczołów, które przez swoje drażniki wywierają przeważny wpływ na stan napięcia nerwów wegetatywnych. Pierwszym etapem na drodze takich klinicznych roztrząsań było utworzenie pojęcia o istnieniu stałego nadmiernego napięcia nerwowego współczulnego i autonomicznego (sympatykotonia-wagotonia) i związanych z niem jednostronnych nerwic wegetatywnych. Etapem dalszym musi być dokładne określenie istotnego źródła tych nerwic. Dla niektórych z nich umiemy je już wskazać. Są to dobrze określone postacie chorobowe, jak n. p. choroba Basedowa, t. zw. tyreotoksykozy, nerwice okresu pokwitania i przekwitania i t. d. Zdarza się jednak nierzadko, że trudno przychodzi rozstrzygnąć w życiu codziennem lekarskiem o zbiorze rozmaitych objawów nerwowych i ocenić właściwie takie przypadki. Potrzebną jest do tego znajomość osobnej, jeśli użyć można tego określenia, dyagnostyki wegetatywnej. Ma ona własne poniekąd drogi, po których kroczy i własne środki, którymi rozporządza, a opiera się głównie na wiadomościach, zdobytych badaniami o drażnikach układu wegetatywnego.

Sprawozdanie o tych rzeczach odłożymy na później.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

v. Wildinghof-Plauner. **Obecny stan leczenia zapomocą emanacyi radu.** (Graz 1912). Leczenie emanacyą radu stosowano bezwiednie empirycznie już bardzo dawno przeciw gośćcowi. Ludność w Joachimstal nosi przy sobie woreczki skórzane z blendą uranową przeciw różnym cierpieniom, zwłaszcza stosuje je przy bolu głowy. Obecnie fabrykują odpowiednie wyroby, dozwalające nawet lekarzom na prowincyi stosować leczenie radem. Znajduje ono zastosowanie zwłaszcza w dnie, gośćcu, dalej celem łagodzenia bólów, np. nerwobólów, bólów przy wiądzie rdzenia, celem pobudzenia wessania wysięków, przy bezsenności, braku apetytu i przewlekłych cierpieniach skóry. Chory przebywa w kamerze emanatoryum z początku 2, potem 3 godziny, ogółem zwykle potrzeba do 30 posiedzeń. Z początku leczenia powstaje odczyn (analogiczny do odczynu w wielu zdrojowiskach i kąpielach) w postaci zaostrzenia się danej sprawy względnie bólów i wtedy trzeba na 1—3 dni przerwać posiedzenia, względnie je skracać. Czasem (np. u neurasteników) zjawić się mogą podniecenia, a dalej zmiany na skórze (zapalenia, swędzenie), przeciwko którym stosuje się ze skutkiem kąpiele siarczane. Autor z wyników leczenia w swem emanatoryum w Grazu jest bardzo zadowolony i twierdzi, że wydatek na emanatoryum zwraca się lekarzowi szybko. A.

Sasaki. **W sprawie doświadczalnego wywoływania wola.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 119. III—IV). Stwierdzono, że t. zw. woda wolowa wywołuje u zwierząt powiększenie tarczycy. To, co pozostaje po przesączeniu takiej wody, wola nie wywołuje. Woda taka, ogrzana do 70—80°, zatraca własność wywoływania wola, co dowodzi, że działać tu muszą pewne toksyny. Sasaki próbował też różnych toksyn celem sztucznego wywoływania wola u szczurów, aż w końcu udało mu się wywołać je przez dłużej trwające karmienie szczurów kałem lub wstrzykiwania szczurzego kału. Jeżeli podaje się równocześnie jodek potasu lub jodotyrynę, to wole nie występuje. Zapewne więc między innemi na powstanie wola mają wpływ rozkładające się substancye organiczne. K.

Narath. **O zabiegach operacyjnych przy odmie (pneumatocele) ślinianki przyusznej i przewodu Stenona.** (Deut. Zeitschr. f Chir. 119. III—IV). Mniej więcej u 6% robotników, pracujących przy dęciu szkła, cierpi na powyższą chorobę (Glasblasergeschwulst). Muzykanci, grający na dętych instrumentach, nie ulegają jej może dlatego, że nie podlegają cierpieniom błony śluzowej ust, gdy robotnicy pracujący przy szkle cierpią zarazem wskutek swego zawodu na schorzenia tej błony. Cierpienie cechuje się guzem, występującym przy nadymaniu policzka, a dającym przy opukiwaniu odgłos bębenkowy i znikającym przy ucisku wśród kruczącego szmeru. Leczenie zachowawcze nie wiedzie do celu; można próbować chemicznie lub mechanicznie zwężać przewód Stenona, przeszczepiać jego ujście, ale często jedynie podwiązanie przewodu, a nawet wycięcie ślinianki dopiero zapewnia zupełne wyleczenie. K.

Lotheissen. **Leczenie krwawnic.** (Öster. Ärzte-Ztg 1913, Nr 1). Krwawnice są bardzo częste. Z chorych szpitalnych ma je połowa, lecz tylko znów $^1/_4$ z nich doznaje przez to przykrych przypadłości. Zwykle też zgłaszają

się o poradę chorzy, u których jedynie operacya może szybką i pewną sprawić ulgę. Jednakże krwawnice sprawiać mogą także objawy mniejsze, wymagające osobnego leczenia. Należy tu np. swędzenie i pieczenie odbytu, przewlekłe nieżyty i t. p.; zwykle towarzyszy też temu zaparcie stolca. L. odradza podawanie purgenu, bo spostrzegano przy tem nieraz zwiększanie się krwawień. Przy nieżycie stosować należy środki ściągające, np. ałun i kwas garbnikowy w rozczynie 1‰. Nieraz przepłukiwania te mogą uchronić chorych od operacyi. Swędzenia i pieczenia są skutkiem zastoju krwi. Korzystnie działają tu kąpiele nasiadowe, maści i czopki (zymoiden, anusol), dbanie o czystość odbytu, okłady z 1% rezorcyny, pędzlowania rozczynem euguformu w acetonie lub 5% maść euguformowa. Przy sprawie zapalnej w guzkach, leżenie w łóżku, okłady lodowo-kwaśne, ½% rozczyn anestezyny lub zasypywanie jej w proszku. W razie bolów, zawadzań, krwotoków, operacya doszczętna. L. jest zwolennikiem przypalania podług Langenbecka. Wycinanie (Whitehead) jest już zawsze zabiegiem większym, nie daje wcale lepszych wyników od wypalania, wywołać może zwężenia, wypadanie błony śluzowej i t. d. Zabieg Langenbecka można śmiało wykonać w znieczuleniu miejscowem. Inne sposoby leczenia krwawnic, jak podwiązania guzków, wstrzykiwania w nie karbolu i t. p., są mniej pewne, bolesne i działają powoli. K.

Bruck i Glück. **O działaniu śródżylnych wlewań aurum-kalium cyanatum** (Merck) **przy zewnętrznej gruźlicy i kile.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 2). Obecnie wchodzi coraz więcej w użycie leczenie różnych chorób drogą krwi. W gruźlicy zalecają Finkler, Meissner, Strauss i Linden połączenia miedzi i błękit metylowy. Autorzy znów zwracają uwagę na sinek złota, polecony już swego czasu przez Kocha. Dotąd nie znalazł środek ten szerszego zastosowania, ze względu na wysoką cenę. Nie ulega jednak wątpliwości, że działa on bardzo dobrze, zwłaszcza przeciwko prątkom gruźliczym. Już przed 60 laty polecał Chrestieu sinek złota przeciwko kile. Po próbach na zwierzętach przeszli autorzy do doświadczeń klinicznych i z wyników są bardzo zadowoleni. Stosują u dorosłych na dawkę 0,02—0,05, u dzieci 0,005—0,03, ogółem 12 wstrzyknięć. Wstrzyknięcia wywołują miejscowy odczyn, podobny do odczynu tuberkuliny. Już nieraz po 1—3 wlewaniach, np. przy toczniu, skutek bywa widoczny. Przy równoczesnej sprawie w płucach trzeba co do dawek zachować ostrożność. Jeszcze lepsze wyniki osiąga się przy kombinacyi z tuberkuliną. Przy kile osiąga się zdaniem autora wyniki, nie ustępujące wcale salwarsanowi. K.

Straube. **O leczeniu próchnienia kręgów w Leysin i o osiągniętych przez to wynikach.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 119. 5—6). Autorka, sama cierpiąca na tę chorobę, donosi o wynikach leczenia u Rolliera w Leysin od roku 1904—1912. R. odżywia chorych silnie, głównie węglowodanami i tłuszczami, poleca leżenie na świeżem powietrzu i kąpiel słoneczną, stosując te procedury stopniowo. Prócz tego stosuje się celem wypoczynku kręgosłupa leżenie na brzuchu, a u dzieci gorset Menarda. Ropnie nakłuwa się dopiero wtedy, gdy pod wpływem leczenia słońcem nie ulegną wessaniu. Mimo, że wogóle do Leysin zgłaszają się chorzy w ciężkich okresach, niemal 84% dzieci, a 78% dorosłych zostaje wyleczonych, i to bezwarunkowo pod każdym względem lepiej, niż przy innych sposobach leczenia. K.

Pürckhauer. **O uszkodzeniu więzadeł krzyżowych stawu kolanowego.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 2). Uszkodzenie więzadeł krzyżowych stawu kolanowego nie należy do częstych; zwykle przy urazie powstają inne uszkodzenia, jak chrząstek i t. d. W razie wystąpienia sprawia uszkodzenie więzadeł krzyżowych ciężkie zaburzenia i dlatego lekarz powinien mimo jego rzadkości znać je dokładnie. Uszkodzenia tych więzadeł powstać mogą przez zbytnie wyprostowanie kolana, skręcenie goleni względem uda, silne zgięcie kolana, gdy do tego pod kolanem znajduje się ciało, działające jako dźwignia, a wreszcie przez gwałtowne odwiedzenie (abdukcyę) lub przywiedzenie (addukcyę) kolana wyprostowanego. Objawy: gwałtowny ból, niemożność stąpania, wysięk w stawie kolanowym, z czasem przesuwanie się goleni względem uda, i to przy pęknięciu więzadła przedniego goleń przesuwa się ku przodowi, przy pęknięciu tylnego ku tyłowi. Przesuwanie się to występuje nieraz nagle wśród bólu przy chodzeniu, zwłaszcza po gruncie nierównym. Badanie rentgenowskie wykazuje zwykle oderwanie cząstek kości lub chrząstek razem z więzadłem. Najpewniejszym sposobem leczenia jest wczesne przyszycie więzadła. Niestety chorzy zgłaszają się nieraz późno, lub cierpienie nie zostaje wczas rozpoznane i wtedy operacya późna daje już wyniki wątpliwe, tak, że nieraz nie pozostaje nic innego, jak sporządzenie aparatu, zapobiegającego przesuwaniu się goleni przez wstrzymywanie kolana od zbytniego prostowania się. K.

Payr. **O operacyjnem leczeniu zesztywnień kolana.** (Arch. f. klin. Chir. 99. III). Aby operacya zesztywnienia kolana była skuteczną, musi przedewszystkiem przypadek do niej się nadawać, a dalej musi być odpowiednią technika, a zwłaszcza leczenie pooperacyjne. Nadają się do operacyi ludzie młodzi, u których sprawa chorobowa już wygasła zupełnie. Rokowanie jest lepsze, gdy rzepka jest jeszcze przesuwalna. Przy operacyi postępuje się różnie, zależnie od rodzaju zrostu w stawie. Przy zroście kostnym trzeba wyciąć rozstęp najmniej 1 cm, powierzchnie stawowe odpowiednio wyrzeźbić, w końcu włożyć pomiędzy nie kawał powięzi szerokiej, a następnie dokładnie zeszyć torebkę stawową i ew. więzadła. Już drugiego dnia po operacyi zakłada się wyciąg, by rozsunąć od siebie kości, po 3 tygodniach zaś rozpoczyna się ćwiczenia na przyrządach (5—7 godzin dziennie), miesienie, kąpiele; po 4—6 tygodniach chodzenie w aparacie z wyciągiem goleni. Można być pewnym dobrego skutku dopiero w ½—1 roku. Nieraz trzeba stosować jeszcze dodatkowe operacye, jak usuwanie wystających brzegów kości, plastykę więzadeł i t. p., wogóle jednak wyniki w przypadkach dobranych są bardzo zachęcające. K.

Denk. **Kliniczne doświadczenia z wolnem przeszczepianiem powięzi.** (Arch. f. klin. Chir. 99, IV). Powięź nadaje się znakomicie do pokrywania ubytków w oponie twardej, zabezpieczania linii szwów, wkładania pomiędzy uruchomione stawy i t. p. Przy wolnem przeszczepianiu unikać należy o ile możności tamponady. Powięź przygaja się znakomicie, jeżeli ma szeroką podstawę zetknięcia się, jeżeli tkanka, do której się przeszczepia, jest dobrze odżywiana, a rana goi się jałowo, choć nieraz nawet mimo ropienia powięź się wgaja. Ubytek powięzi w mięśniach daje się zwykle pokryć tak, że nie powstanie przepuklina mięśniowa, choć i tak ma to wobec głównego cierpienia małe znaczenie. K.

Urologia.

Benno Ottow. **Pierwotny rak cewki moczowej w dołku łódkowatym** (fossa navicularis). (Zeitschr. f. Urol. Bd. VII H. 1). W piśmiennictwie ostatnich lat pojawiały się dosyć często spostrzeżenia pierwotnego raka cewki moczowej, tak u mężczyzn, jak i u kobiet. W etyologii zdają się odgrywać pewną rolę sprawy zapalne przewlekłe. U kobiet znajdowano pierwotne raki we wszystkich częściach cewki, u mężczyzn uważano dotychczas część jamistą i błoniastą za miejsca szczególnie usposobione. O. podaje do wiadomości przypadek z pierwotnem usadowieniem się raka w dołku łódkowatym. Pisarski.

Pfister. **Kamień cewkowy przy chorobie wywołanej przez Bilharzia.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. II). W przypadku tym znaleziono w kamieniu fosforanowym, pochodzącym z cewki moczowej małego chłopca, jaja di-

stomum haematobium. Jestto pierwszy tego rodzaju przypadek opisany. Pisarski.

E. Heinecke. **O wrodzonem zwężeniu tylnej części cewki moczowej**. (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 1). H zebrał z piśmiennictwa 19 przypadków wrodzonego zwężenia tylnej części cewki moczowej. Zwężenie polegało przeważnie na wytworzeniu nieprawidłowego, półksiężycowatego fałdu na błonie śluzowej w okolicy wzgórka nasiennego. Sprawiało to dużą przeszkodę w odpływaniu moczu, a sekcya stwierdzała w tych przypadkach daleko posunięte zmiany w drogach moczowych powyżej przeszkody. Autor dodaje opis przez siebie spostrzeganego przypadku. Pisarski.

S. M. Gorodistsch. **W sprawie patologii i terapii zapalenia szyjki pęcherza** (cystitis colli proliferans s. vegetativa). (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. II). Autor opisuje przypadek przewlekłego nieżytu szyjki pęcherza po przebyciu wiewióra. Objawy kliniczne były zwykłe, jak w takich przypadkach, ciekawy tylko był obraz cystoskopowy. Błona śluzowa całego pęcherza była mianowicie zupełnie prawidłowa, a zmiany ograniczały się wyłącznie do szyjki; stwierdzono tutaj cystoskopem wyrośle brodawkowate bardzo liczne, szczególnie na dolnym brzegu zwieracza. Trójkąt Lieutauda nieco obrzękły, szczególnie po lewej stronie. W leczeniu tej sprawy dobre usługi oddała albargina (1:300), wstrzykiwana przez cewnik do błoniastej części cewki, skąd przez część sterczową dostawała się do pęcherza; wstrzykiwania te zmniejszyły znacznie parcie na mocz. Wyrośle brodawkowate usunięto żegadłem w tubusie Wossidla dla tylnej cewki. Rozważając przypadki, znane z piśmiennictwa i swój własny, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) »Cystitis colli proliferans« występuje najczęściej u kobiet. 2) Tak u kobiet, jak i u mężczyzn występuje ta choroba jako sprawa przewlekła w następstwie przebytego wiewióra i sadowi się wyłącznie w szyjce pęcherza. 3) Wyrośle brodawkowate na błonie śluzowej powstawać mogą i w takich przypadkach, w których nie da się stwierdzić żadna przeszkoda w krążeniu limfy i krwi. 4) Wyrośle brodawkowate należy uważać za wyraz hyperplazyi błony śluzowej pod wpływem drażniącego działania wydzieliny tryprowej. Pisarski.

Julius Heller. **Pseudotrichiasis vesicae et pilimictio**. (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 1). Autor opisuje rzadki przypadek torbieli skórzastej u 41-letniego mężczyzny na tylnej i dolnej ścianie pęcherza moczowego. Torbiel wychodziła z miednicy małej, dopiero następowo wskutek tryprowego zapalenia pęcherza powstały warunki przebicia torbieli do pęcherza. Początkowo wykonana cystoskopia dozwoliła tylko na rozpoznanie kamyka pęcherza, utworzonego na włosach; dopiero po litotrypsyi pojawiły się włosy w moczu, a powtórna cystoskopia wykazała właściwą chorobę. W patogenezie tego cierpienia odgrywają rolę zbłąkane płodowe ogniska ektodermy, które rozwijając się w narządach sąsiednich, przerastają następowo do pęcherza moczowego; ponieważ włosy nie rosną w tych przypadkach bezpośrednio na błonie śluzowej pęcherza, więc nazwę »pseudotrichiasis« uważa H. za najodpowiedniejszą. Rozpoznanie wobec możliwości cystoskopii nie przedstawia żadnych trudności. Rokowanie zależy od okresu choroby, ogólnego stanu chorego, a wreszcie także od warunków miejscowych. Jedynie racyonalnem leczeniem jest chirurgiczne, polegające na doszczętnem usunięciu torbieli skórzastej z pęcherza i otoczenia. Pisarski.

Feiber. **Kruszenie kamienia czy cięcie?** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 5). F. staje na podstawie bogatego doświadczenia swego szefa, Marca z Wildungen, w obronie zapominanej obecnie nieco operacyi kruszenia kamieni pęcherzowych, które zaczyna zastępować usuwanie kamienia przez cięcie pęcherza. Bezwątpienia musimy nieraz usuwać kamień z pomocą cięcia, ale w większej liczbie przypadków można usunąć kamień znakomicie przez kruszenie i wyssanie resztek, a cystoskop sprawdzi, czy wykonaliśmy zabieg dokładnie. F. przytacza przypadki, w których mimo cięcia pęcherza i wydobycia kamieni, w pewien czas one znowu się wytworzyły, więc wydarzyć się to może nietylko po kruszeniu, jak twierdzą zwolennicy cięcia. Jeżeli się zaś porówna bezpośrednie wyniki i śmiertelność, to również wypadnie to porównanie na korzyść kruszenia, do którego łatwiej też namówić chorego, bo uważa on ten zabieg za nieoperacyjny. Naturalnie wydarzyć się mogą przypadki, gdzie kruszyć kamieni nie można lub też kamień skruszyć się nie da i wtedy dość czasu na cięcie. Przypadki te jednak należą do rzadkości. K.

Goldberger. **Przyczynek do techniki nadłonowego wycięcia sterczu**. (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. II). Ponieważ ogólne uśpienie eterowe lub chloroformowe przedstawia u ludzi w podeszłym wieku, u których wykonuje się wycięcie sterczu, największe niebezpieczeństwo, działając szkodliwie bądź na płuca, bądź na serce, bądź na nerki, przeto słusznem jest dążenie, ażeby to ogólne uśpienie zastąpić znieczuleniem miejscowem. Znieczulenie lędźwiowe przedstawia u ludzi starych, o których w tym przypadku zawsze chodzi, wielkie niebezpieczeństwo, a czasem nawet nie daje się wykonać. Autor opisuje sposób wycinania sterczu z cięcia nadłonowego, wykonywany stale przez Chevassu. Znieczula on miejscowo nowokainą (1:200) bez dodatku adrenaliny. Wystarcza to zupełnie aż do chwili, w której ma nastąpić wyłuszczenie na tępo samego gruczołu; na tę chwilę stosuje się oszołomienie wdychaniem 3 gr. chlorku etylu. Podczas wyłuszczania gruczołu pomaga sobie sam operator palcem wskazującym lewej ręki, wprowadzonym do odbytnicy. Pisarski.

Okulistyka.

Ryerson. **O zastosowaniu radu w okulistyce**. (Ophthalmology, 1912, vol. 8. nr. 2). Usiłowano zapomocą promieni radu umożliwić ludziom, dotkniętym niezupełnym zanikiem nerwów wzrokowych, widzenie świetlnych znaków na fluoryzującym ekranie. Próby te nie mogą wydać pożądanego skutku, gdyż promienie radu nie podlegają wcale prawidłom załamywania światła, nie mogą zatem wytwarzać żadnych obrazków na siatkówce. Wogóle rad prawdopodobnie nie wywiera na siatkówkę żadnego bezpośredniego wpływu. Wynika to z doświadczeń Hardyego i Andersona, którzy wystawiali oko świeżo zabitej żaby przez 20 godzin na działanie 50 mg bromku radu. Siatkówka takiego oka nie okazywała potem żadnych zmian, ani pod względem ułożenia wypustek barwikowych, ani zachowania się czerwieni wzrokowej i nie różniła się niczem od siatkówki innego oka, pogrążonego dla kontroli przez ten sam czas w zupełnej ciemności. Wynika z tego, że wrażenie jasności, jakie rad w oku wywołuje, nie może pochodzić od bezpośredniego działania promieni jego na siatkówkę, lecz najprawdopodobniej zależy od fluorescencyi, jaką wywołują jego promienie β w rogówce, w soczewce, w ciele szklistem, a może nawet w samej siatkówce. K. W. Majewski.

May. **Leczenie jaglicy zapomocą radu z zastosowaniem płytek celluloidowych.** (Ophthalmology, 1912 vol. 8. Nr 4.). Autor, chcąc sobie wyrobić zdanie o skuteczności naświetlań radowych, zastosował je w 15 przypadkach różnej postaci jaglicy, lecząc zawsze jedno oko naświetlaniami, a drugie starym sposobem (lapis, siny kamień). Do naświetlań używał płytek celluloidowych, powleczonych z jednej strony warstewką bromku radu, pokrytą nieprzemakalnym werniksem. Płytkę taką wkłada się pod górną lub pod dolną powiekę, zwracając ją warstwą radyoczynną ku chorej spojówce tak, żeby celluloid osłaniał gałkę oczną przed działaniem promieni. Naświetlenia każdej powieki trwały po 10 minut, a odbywały się co drugi dzień. Czas leczenia wahał się od 6 tygodni do 4 miesięcy. W żadnym przypadku wynik leczenia zapomocą

radu nie był korzystniejszy od wyniku, otrzymanego zapomocą klasycznych środków. Nie można wprawdzie zaprzeczyć, że rad wywiera wpływ korzystny na przebieg jaglicy, ale skutki nie objawiają się ani tak prędko, ani tak wybitnie, jak po stosowaniu lapisu, lub sinego kamienia.
K. W. Majewski.

Prof. Chalupeckij **Wpływ promieni ultrafioletowych na soczewkę oka** (Casopis českych lékařuv 1913 Nr 3). Znane są zmiany, powstające w oczach po ciężkich »urazach elektrycznych« (działanie prądu o silnem napięciu) i po rażeniu piorunem. Są to: zapalenie spojówek, zmętnienie rogówki, przekrwienie tęczówki, a nierzadko zmętnienie soczewki. Badania Widmarka wykazały, że zmiany te odnieść należy do działania promieni ultrafioletowych, szkodliwych szczególnie dla przednich części oka. Autor zajął się zbadaniem wpływu tych promieni na soczewkę, która, jak wiadomo, w wysokim stopniu chłonie promienie ultrafioletowe, a nawet może pod wpływem tych promieni uledz zmętnieniu, jak to doświadczalnie wykazał Widmark. Analogicznie do twierdzenia Mörnera, że starcza zaćma jest następstwem przybywania w soczewce z wiekiem części nierozpuszczalnych w wodzie i światła nie przepuszczających na niekorzyść części nierozpuszczalnych, Ch. stara się udowodnić, że zaćma, powstała pod wpływem prądu elektrycznego i uderzenia piorunem, wzgl. pod wpływem promieni ultrafioletowych, jest również następstwem zmian chemicznych w soczewce wywołanych. W tym celu przeprowadził Ch. szereg doświadczeń, poddając działaniu lampy kwarcowej białko kurze i soczewki młodych świń, a z doświadczeń tych wynika, że tak w białku kurzem, jak w soczewkach świń pod wpływem naświetlania tą lampą przybywa znacznie składników mało rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych, a ubywa składników rozpuszczalnych. Jeśli zatem słuszne są twierdzenia Mörnera, i jeśli stosunki u ludzi są analogiczne do stosunków u zwierząt, to doświadczenia Ch. wyjaśniają powstawanie zaćmy pod wpływem działania prądu elektrycznego o silnem napięciu i rażenia piorunem działaniem chemicznem promieni ultrafioletowych, wywołującem przesunięcie stosunku ilościowego białek rozpuszczalnych do nierozpuszczalnych na korzyść drugich.
K. M.

Gołowin. **Leczenie operacyjne rogówki stożkowatej** (Ophthalmology, 1912, vol. 8. Nr 3). U pewnego studenta medycyny wykonał Gołowin galwanokaustykę stożka rogówkowego, przyczem odpłynęła ciecz wodna. Upłynęło przeszło trzy tygodnie, zanim przednia komora na stałe się wytworzyła, i to dopiero po wykonaniu syndezmoplastyki sposobem Kuhnta, poleconym do leczenia wrzodów rogówkowych. Pod przesuniętym płatem spojówki gałkowej powstała w środku rogówki biała, okrągła, ostro ograniczona blizna, a rogówka cała odzyskała postać dokładnie kulistą. Po wykonaniu irydektomii optycznej uzyskał chory bystrość wzroku 0,7 bez pomocy szkieł. Gołowin sądzi wobec tego, że syndezmoplastykę powinno wykonywać się odrazu, bezpośrednio po galwanokaustyce, a w ten sposób środek rogówki stożkowatej, będący miejscem najsłabszego oporu, stanie się właśnie środkiem wytrzymałości.
W. K. Majewski.

Bettremieux. **Sklerektomia prosta przy jaskrze.** (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 3). Dowodu skuteczności tej metody dopatruje się autor w tem, że u chorego, który wzrok jednego oka stracił w stosunkowo krótkim czasie wskutek jaskry, sklerektomia powstrzymała odrazu postępy jaskry na drugiem oku, tak że stan bystrości wzrokowej i pola widzenia tego oka utrzymuje się już od lat 3 bez żadnej zmiany i pozwala operowanemu oddawać się zawodowej pracy. Podobnie i w innych przypadkach jaskry przewlekłej, lub prostej, dała sklerektomia trwałe wyniki, a tam, gdzie na jednem oku wykonano irydektomię, a na drugiem sklerektomię, dalszy przebieg wykazywał prawie zawsze wyższość sklerektomii. Mechanizm działania sklerektomii polega, zdaniem B., nie na wytworzeniu blizny, przesączającej ciecz wodną z przedniej komory, lecz na tem, że w nowo powstałej tkance tworzą się połączenia między głębszemi żyłami rzęskowemi, a wieńcem powierzchownych naczyń dookołarogówkowych, względnie przewodem Schlemma.
K. W. Majewski.

Webster Fox. **Operacya zaćmy z przesuwalnym płatem spojówkowym** (Ophthalmology 1912, vol. 8, Nr 2.). Przed wykonaniem cięcia płatowego poleca autor okroić spojówkę gałki dookoła górnej połowy rogówki, tuż koło rąbka. Spojówkę należy podminować na przestrzeni kilkunastu milimetrów w górę, a następnie przewlec przez oba brzegi rany spojówkowej dwie nitki cienkiego jedwabiu, jedną po stronie skroniowej rogówki, drugą po stronie nosowej. Po tem przygotowaniu wykonywa się operacyę zaćmy bez irydektomii sposobem klasycznym. Po należytem oczyszczeniu źrenicy z resztek kory i w razie potrzeby po odprowadzeniu i wygładzeniu tęczówki, ściąga się i zawiązuje najpierw jedną, a potem drugą nitkę i końce węzełków krótko obcina. Wskutek działania nitek płat spojówkowy zesuwa się po rogówce ku dołowi, przykrywając nietylko ranę po cięciu płatowem, ale i górną trzecią część rogówki. Przesunięty płat spojówkowy kurczy się szybko i nieraz już po 48 godzinach w zupełności odsłania rogówkę.
K. W. Majewski.

Lamb. **Racyonalny sposób wydobywania odprysków żelaznych z wnętrza oka** (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 2). Haab i jego szkoła proponują dla wydobywania ciał obcych żelaznych z głębi oka sadzanie chorego przed nieruchomo ustawionym olbrzymim elektromagnesem i zbliżenie jego oka do bieguna w ten sposób, ażeby ciało obce przyciągnąć najpierw z głębi aż do tylnej powierzchni soczewki, a następnie przeprowadzić je poza równikiem soczewki, pomiędzy włóknami więzadełka Zinna, a dalej pomiędzy soczewką, a brzegiem tęczówki, przez źrenicę do przedniej komory, skąd przez nacięcie rogówki ma być wydobyte na zewnątrz. Autor uważa jednak za daleko lepszy sposób wydobycie odprysków zapomocą elektromagnesu ręcznego przez cięcie, zrobione w twardówce i przykryte odpowiednim płatem spojówkowym. Najodpowiedniejszem miejscem dla takiego cięcia jest dolnowewnętrzny kwadrant twardówki, jest to bowiem miejsce dla zabiegów operacyjnych najłatwiej przystępne.
K. W. Majewski.

Oatman. **Miażdżyca naczyń siatkówkowych** (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 4). Autor omawia szczegółowo znany obraz stwardnienia naczyń siatkówkowych, przyczem zwraca uwagę na to, że prawidłowych ścian tętnic na dnie oka przy wziernikowaniu nie widzi się wcale, a to, co widać, jest tylko wstążką krwi wśród ścian przeźroczystych i niewidocznych. Jeśli zarysy tych ścian choćby w słabym stopniu stają się widoczne, to świadczy to już o rozwijającej się sprawie chorobowej. Obszernie omawia autor sprawę etyologii miażdżycy, która jednak dotąd nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Według spostrzeżeń Hirschberga badania oftalmoskopowe wykazują u przeszło połowy osób, które przekroczyły 50. rok życia, początki stwardnienia naczyń siatkówkowych.
K. W. Majewski.

Rhoads. **Potrójne zwiększenie odległości badania bystrości wzroku zapomocą zwierciadeł** (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 4). Badany siedzi pod jedną ścianą, a na przeciwnej, wysoko, wisi zwyczajna tablica Snellena, odpowiednio oświetlona. Nad głową badanego umieszczone jest zwierciadło, które wytwarza obraz tej tablicy z odwróconemi literami w odległości dwóch metrów poza ścianą. Obraz ten jest przedmiotem dla drugiego zwierciadła, które wisi wprost naprzeciw i na wysokości głowy badanego pod tablicą Snellena. To zwierciadło wytwarza obraz w odległości 4 metrów poza sobą, a zatem w odległości 6 metrów od osoby badanej, a więc w odległości trzy razy większej, niż szerokość pokoju. Obraz liter jest prosty, gdyż

drugie zwierciadło odwraca ponownie zwierciadlany obraz z pierwszego zwierciadła. K. W. Majewski.

H. H Martin. **Zakrzep w zatoce jamistej** (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 2). Autor opisuje przypadek, w którym punktem wyjścia zakrzepu zatoki jamistej była mała chrostka pod skrzydełkiem nosa. W kilka dni po jej powstaniu pojawił się obrzęk w kąciku wewnętrznym oka i zaczął się szybko rozszerzać na powieki, policzek, czoło, a nawet na szyję. Prawie równocześnie powstało wysadzenie gałki ocznej, porażenie wszystkich mięśni zewnętrznych oraz źrenicy i utrata wzroku, przyczem wziernik wykazywał objawy silnego zastoju w zakresie żyły siatkówkowej. Stanowi temu towarzyszyła typowa gorączka septyczna. Po kilku dniach obrzęk przeszedł na drugą stronę twarzy, pomijając jednak okolicę podstawy nosa, co uchodzi za objaw bardzo znamienny i stanowi oznakę, że nie idzie o samo rozszerzenie się powierzchownego obrzęku, lecz że zakrzep rozszerzył się z jednej zatoki jamistej na zatokę po drugiej stronie. Istotnie odrazu wystąpiły i na drugiem oku objawy zakrzepu w zatoce jamistej, porażenie mięśni, wysadzenie gałki, znamienny obraz wziernikowy i utrata wzroku. Przypadek zakończył się śmiercią. Autor przytacza statystykę Dwighta i Germaina, którzy zestawili z piśmiennictwa 182 spostrzeżeń; tylko w 14 nie nastąpiło zejście śmiertelne. Wobec tak małych widoków wyleczenia samoistnego, sądzi autor, że nie należy cofać się przed zabiegiem operacyjnym, zalecanym przez Knappa. Drogę do zatoki jamistej toruje sobie chirurg bądź to od strony skroni, bądź też przez oczodół. Ta druga droga wydaje się autorowi odpowiedniejszą, mimo, że wybór jej pociąga za sobą z konieczności utratę gałki. K. W. Majewski.

Fernandez. **Trąd oka** (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 2). Prawie w każdym przypadku trądu uderza wczesna utrata brwi i rzęs. Zwykle później dopiero wypadają włosy na głowie. Do najczęstszych zmian należą guzy, ogniska martwicze i owrzodzenia na skórze powiek i na spojówkach. Jako następstwa widzi się często potem wywinięcie lub podwinięcie powiek. Objawy znieczulenia rzadko występują na oczach. Zajęcie rogówki przybiera zwykle postać rozlanego nacieku, który, zwłaszcza jeśli ulegnie owrzodzeniu, sprawia choremu bardzo silne bóle. Blizny rogówkowe po takich naciekach odznaczają się nadzwyczajną białością i okazują przytem znaczne bardzo ścieńczenie. Jedno i drugie uważa autor za objaw dla zmian po trądzie bardzo znamienny. Tęczówka rzadko bywa zajęta pierwotnie, zazwyczaj ulega zapaleniu następowemu przy sprawie toczącej się na rogówce. Trądowe zapalenie tęczówki bywa bardzo bolesne, a w dodatku ostry stan zapalny przeciąga się niekiedy niezmiernie długo. Sprawa zapalna prawie nigdy nie przechodzi na naczyniówkę i siatkówkę. K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 5. lutego 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski, sekretarz Dr Zubrzycki. Obecnych członków 75.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes powitał jako gościa Dra W. Cymlera.

3) Kol. Prof. Lewkowicz przedstawia dwoje chorych: a) Dziewczynka 5-letnia z **zapaleniem gruźliczem otrzewnej**, mianowicie postacią puchlinową. Wysięk bardzo szybko wzrastał, co zmusiło w końcu do częściowego wypuszczenia płynu. U dziecka rozwinęła się odra i doprowadziła do takiego zaostrzenia sprawy otrzewnej, że zanosiło się na przebicie wysięku przez pępek, później jednak sprawa znowu przycichła, okolica pępka przybladła, a brzuch się pomniejszył. Przypadek przedstawiono głównie dla porównania z przypadkiem następnym.

b) Chłopiec, lat 4, z brzuchem znacznie powiększonym, kulistym. Chełbotanie daje się wykazać na znacznej przestrzeni, ale tylko w górnej części i więcej ku stronie lewej. Z pod lewego łuku żebrowego wychodzi twór, który od czasu do czasu okazuje wzmocnione ruchy robaczkowe, twór ten zwęża się ku stronie prawej i dołowi, odpowiada zatem żołądkowi. W dole brzucha po stronie lewej widać niekiedy stawiającą się pętlę jelita. Badanie promieniami Roentgena raz przy napełnieniu masą barową przez odbytnicę, drugi raz przy podaniu tejże masy wewnętrznie, wykazało (demonstracya rentgenogramem), że żołądek zajmuje położenie, odpowiadające opisanemu tworowi, że jelita cienkie tworzą zwój, usadowiony w jednej trzeciej brzucha, po stronie prawej jelito grube w samym odcinku dolnym brzucha, tak, że ominięta jest zupełnie część brzucha środkowa, górna i lewa, okazująca jednostajne słabe zaciemnienie, gdzie przebiega tylko żołądek, widocznie od tyłu uciśnięty i przypłaszczony. Ponieważ w tem właśnie miejscu stwierdza się chełbotanie, więc dochodzi się do rozpoznania **torbieli** prawdopodobnie **surowiczej**, umieszczonej w torbie sieciowej. Dwa podobne przypadki miał kol. L. już sposobność obserwować w klinice pedyatrycznej przed kilkunasty laty. Jeden był operowany przez kol. Bossowskiego, drugi przez kol. Rutkowskiego; oba skończyły się korzystnie. Rozpoznanie bąblowca ze względu na siedzibę i wielkość torbieli jest nieprawdopodobne.

4) Kol. Zubrzycki przedstawia z kliniki położniczo-ginekologicznej przypadek: **haematometra cervicalis et corporalis nec non haematosalpinx unilateralis uteri didelphi**. Chora zgłosiła się na klinikę d. 10. I. 1913. Podaje, że w 15. r. ż. miała pierwszą miesiączkę, która była bardzo skąpa i bolesna, a trwała przez 5 dni. Następne peryody przychodziły regularnie co cztery tygodnie i były zupełnie podobne do pierwszego. Choroba obecna miała rozpocząć się przed 7. tygodniami nagłym bólem w brzuchu i w krzyżach, wymiotami i czkawką. Objawy te po paru dniach ustąpiły, ale ból w brzuchu, choć o wiele mniejszy, pozostał. Chora skarży się także na silne parcie na mocz. Badanie w dniu przyjęcia na klinikę: Virgo intacta. Trzon macicy w elewacyi po stronie prawej, nie powiększony. Ponad spojeniem guz wielkości dużej pomarańczy, sięga dnem bardzo nizko w głąb miednicy małej, wyczuć się daje we wszystkich sklepieniach i wykazuje bardzo wyraźne chełbotanie. Na guzie tym wyczuwa się czapkowato siedzący, wielkości brzoskwini, twardy drugi guz. Całość nieruchoma, z macicą silnie zrosła, jakby wmurowana w miednicę, bardzo bolesna. 11. I. 1913 wykonano zabieg operacyjny. Jamę brzuszną otwarto w linii środkowej cięciem od spojenia aż po pępek. W miednicy małej pozrastane pętle jelit i sieć nie pozwalają się dostać do właściwego guza. Zrosty te, mniej lub więcej silne, porozdzielano częściowo na ostro, a częściowo na tępo. Potem dopiero uwidoczniła się macica, leżąca po stronie prawej, prawidłowej wielkości, z przydatkami prawostronnymi zupełnie prawidłowymi. Lewostronnych przydatków nie widać. Natomiast po stronie lewej leży druga macica znacznie powiększona, ściśle zrośnięta z pierwszą. Przydatki lewostronne wraz z drugą macicą w ścisłych zrostach z pętlami jelit. Po rozpreparowaniu zrostów pokazało się, że przydatki lewostronne odchodzą z rogu lewego macicy drugiej i są silnie zrośnięte z otoczeniem w jamie Douglasa. Przy ich uwalnianiu pękł rozdęty jajowód, a z niego wylał się płyn ciemny, mazisty, który niczem innem nie był, jak zmienioną krwią. Macica druga, to znaczy lewostronna, siedzi czapkowato na guzie chełboczącym, który, wypełniając tkankę łączną miednicy małej, sięga w głąb

bardzo nizko. Ściana tego guza złożona z włókien mięsnych, które bezpośrednio przechodzą w ścianę jednej i drugiej macicy. Z powodu zmienionych stosunków topograficznych zabieg przedstawiał niemałe trudności techniczne. Pomimo to guz wraz z lewostronną macicą i lewostronnymi przydatkami w całości usunięto, wyłuszczając go z otoczenia i odcinając od prawostronnej macicy.

5) Kol. prof. Rosner: **Ciąża a gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabrali głos: a) Kol. prof. Cybulski, podnosząc wielkie znaczenie nauki o wewnętrznem wydzielaniu i jej nadzwyczaj szybki rozwój.

b) Kol. Hirsch: Prof. Rosner zaznaczył, że o wiele mniej można mówić o stosunku, jaki zachodzi między obrzękiem śluzowatym i ciążą, aniżeli o innych analogicznych sprawach, gdyż chore takie zwykle bezpowrotnie tracą regularność i nie zachodzą w ciążę. Zdarzają się jednak czynnościowe zmiany w gruczole tarczowym, wytwarzające objawy typowego obrzęku śluzowatego, a które zupełnie ustąpić mogą i chora taka zastąpić może. Dowodem na to przypadek, o którym mam zamiar mówić i który niedawno przedstawiłem kol. Rosnerowi. W przypadku tym spostrzedz można było podczas ciąży objawy wzmożonej czynności gruczołu tarczowego, to znaczy objawy, jakie spostrzegamy przy chorobie Basedowa. Chora liczy lat 32. Rodziła dwa razy na czasie siłami natury, ostatni raz przed sześciu laty. Z początkiem roku 1912 wystąpiło u niej drżenie rąk i nóg, a wkrótce potem obrzęki na twarzy i rękach. Peryod ustał. Chora apatyczna i przygnębiona czuła, że objawy te wzmagają się coraz bardziej. Leczona przez Prof. Pela w Amsterdamie, zwróciła się w pierwszych dniach czerwca, zmieniwszy swoje miejsce pobytu, do mnie. Uderzyła mnie na pierwszy rzut oka duża zgrubiała twarz, zgrubiałe obrzękłe powieki górne, obwisła warga dolna, niestosunek cienkiej szyi do powiększonej twarzy, zgrubiałe duże ręce, sucha skóra i ciężki niechętny chód. Narządy wewnętrzne bez zmian, tylko czynność serca wzmożona. Regularności brak od lutego 1912, macica prawidłowej wielkości w tyłozgięciu. Odruchy prawidłowe, czucie nieco upośledzone. Chora odpowiada na pytania niechętnie i z trudnością. Mocz prawidłowy. Na podstawie powyższych danych rozpoznałem obrzęk śluzowaty z uderzająco szybkim rozwojem (3 miesiące). W ciągu czterech tygodni skutkiem leczenia wyciągami tarczycy nastąpiło znaczne polepszenie, miesiączka wróciła. Chora dalej zażywa kołaczyki tyreojodynowe. Od czterech miesięcy jest w ciąży. Przed kilku dniami zwróciła się znowu do mnie, skarżąc się na niepokój i ciągłe poty. Stwierdzić mogłem przyspieszenie tętna, wysadzenie oczu, drżenie rąk, a więc objawy, przemawiające za chorobą Basedowa. Wezwany przezemnie kol. Rosner stwierdził czteromiesięczną ciążę. Przytaczam ten przypadek dlatego, że uderza w nim niezwykły przebieg choroby. Objawy obrzęku śluzowatego ustąpiły pod wpływem wyżej wymienionego leczenia, chora zastąpiła i w ciąży już wystąpiły znowu objawy, ale choroby Basedowa. Na naradzie z kol Rosnerem postanowiliśmy ciąży nie przerywać, nie widząc dla tego zabiegu wskazania, zwłaszcza, że objawy wywołane wzmożoną czynnością gruczołu tarczowego bardzo często same przez się w ciąży ustępują. Zaznaczyć muszę, że chora już od dwóch miesięcy nie używa przetworów tarczycy.

c) Kol. Szymanowski zaznacza doniosłość nauki o gruczołach z wewnętrznem wydzielaniem i nowych metod badania, używanych do wykazywania zmian w ustroju, wywołanych przez nieprawidłową ich czynność.

d) Kol. Prof. Rosner w odpowiedzi podnosi jeszcze raz, że starał się pokrótce zebrać zmiany, zachodzące podczas ciąży w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu i wykazać wzajemny wpływ tak ciąży na te gruczoły, jak ich wydzielin na ustrój kobiety ciężarnej w ciąży prawidłowej i patologicznej.

Sekretarz: Dr J. Zubrzycki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 4. II. 1913.

St. Klejn: **Leczenie białaczki benzolem.** K. stosował w 22 przypadkach białaczki benzol. W przypadkach ostrych środek ten był zbyt krótko stosowany, żeby można było coś wnosić o jego działaniu. W przypadku ostrawej białaczki myeloblastycznej skutku nie było, co zresztą K. z góry przewidywał. W innych przypadkach K. osiągał wyniki, znacznie odbiegające od wyników, otrzymanych przez Koranyiego i Kiralyfiego. Na szeregu tablic K. pokazał poglądowo sposób działania benzolu w białaczce. Materyał swój dzieli na 2 grupy: jedną, w której stosował wyłącznie benzol, oraz drugą, w której z początku używał promieni Röntgena, a następnie dopiero benzolu. W pierwszej grupie raz jeden tylko miał wynik dobry i to w przypadku, w którym zastosował w końcu benzol podskórnie, wskutek czego doszło do objawów zatrucia w postaci bardzo rozległej wysypki gorączkowej. W innym jednak przypadku pomimo stosowania wstrzyknięć benzolu, wprawdzie w dawce mniejszej, wynik nie był tak pomyślny. W pozostałych przypadkach, leczonych wyłącznie benzolem, wpływ tego leku ograniczał się głównie do narządów krwiotwórczych, śledziony i wątroby, które często zmniejszały się znakomicie. Natomiast liczba leukocytów w tych przypadkach ani razu nie spadła do granic prawidłowych; wprawdzie liczba białych ciałek wyraźnie się zmniejszyła, ale pozostawała jeszcze dość wysoką (od 100 do 200 tysięcy). K. przytacza między innymi jeden przypadek białaczki z bardzo dużą liczbą leukocytów, w którym pod wpływem benzolu wątroba i śledziona względnie szybko ulegały zmniejszeniu, natomiast liczba białych ciałek po dość wyraźnym spadku na nowo się podniosła pomimo podskórnych wstrzykiwań benzolu i w ciągu 5-miesięcznego leczenia zgoła nie okazywała dążności do spadku. Na mocy tych danych K. dochodzi do wniosku, że sam benzol nie jest środkiem tak niezawodnie działającym, jak sądził Kiralyfi, że można go do pewnego stopnia porównać z promieniami Röntgena, które również działają kapryśnie. Wogóle benzol działa inaczej w każdym poszczególnym przypadku, zależnie widać od warunków indywidualnych.

Inaczej sprawa się przedstawia, jeśli kombinować **benzol z promieniami Röntgena**. We wszystkich przypadkach, leczonych w ten sposób, K. otrzymywał wyniki doskonałe: śledziona znacznie się zmniejszała, liczba ciałek białych spadała do granic prawidłowych, a stan ogólny chorych poprawiał się. K. uważa, że w tych przypadkach benzol wzmacnia i przedłuża skutek leczniczy promieni Röntgena. Dzięki tej kombinacyi możemy w znacznym stopniu skrócić czas leczenia białaczki wogóle, a specyalnie w tym razie leczymy krócej, niż wyłącznie promieniami Röntgena lub samym benzolem. Jednocześnie unikamy szkodliwego wpływu następczego promieni X oraz szkodliwego działania benzolu. Benzol w przeciwstawieniu do promieni Röntgena działa ujemnie na komórki macierzyste czerwonych ciałek krwi w szpiku kostnym i wywołuje pogorszenie istniejącej już zwykle niedokrwistości. W przypadkach, leczonych metodą skombinowaną, niedokrwistość zawsze się zmniejsza. W każdym razie pomimo pewnych wad benzol powinien odegrać dużą rolę w leczeniu białaczki, już choćby z tego względu, że ten sposób leczenia jest dostępny dla szerszego ogółu. W żadnym z przypadków, leczonych benzolem, jako też kombinacyą benzolu z naświetlaniem, obraz drobnowidowy białaczki nie znikał, tak, że mówić o wyleczeniu białaczki benzolem nie można. K. stosował benzol w oliwie z początku w kapsułkach żelatynowych lub geloduratowych w ilości 5,0 na dobę; sposób ten podawania leku często wywołuje nieprzyjemne odbijanie i palenie w gardle, acz kolwiek niektórzy chorzy znoszą lek dobrze. Do wstrzyknięć podskórnych stosował K. benzol w ilości 1,5 z równą ilością oliwy, z początku 2 razy dziennie, następnie tylko

raz jeden. Chorzy, którzy kaszlą, cierpią na suchość w ustach i w gardle, oraz z wrażliwym żołądkiem, źle znoszą benzol. Gruźlica płuc stanowi przeciwwskazanie do leczenia białaczki benzolem.

W dyskusyi zaznacza Wł. Janowski, że istnieje, można powiedzieć, próg działania benzolu, w szeregu bowiem przypadków działanie jego jest tylko czasowe, a co do liczby białych ciałek względne; że w pogoni za nowym środkiem okazano dość pospolitą przesadę, stosując benzol w zbyt wielkich dawkach. Spostrzeżenia prelegenta wykazują pożytek przerw w podawaniu benzolu, co jest ze względu na trujące jego własności rzeczą aż nadto zrozumiałą. Zasługuje na podkreślenie wypraktykowany przez Klejna pomysł kombinowanego leczenia białaczki benzolem i naświetlaniem. Byłoby rzeczą bardzo ciekawą dokonać badania drobnowidowego narządów krwiotwórczych w przypadkach z zejściem śmiertelnem, oraz szczegółowego opisu badania mikroskopowego krwi osobników, leczonych benzolem.

Lande przytacza przypadek białaczki szpikowej, w którym leczenie promieniami Röntgena nie dało wyniku; natomiast po benzolu wystąpiła poprawa bez objawów zatrucia, pomimo stosowania tego środka w ciągu 5 miesięcy; leczenie to trwa jeszcze w dalszym ciągu.

Pechkranc spostrzegał 2 przypadki białaczki, które poddał leczeniu benzolem. Pierwszy przypadek z ostro przebiegającą białaczką szybko zakończył się śmiercią. W drugim przypadku limfemii podbiałaczkowej P. stosuje benzol w kapsułkach (2,0—5,0 dziennie) od 6 tygodni. Dotąd jednak nie zauważył widocznego działania ani na powiększone narządy krwiotwórcze, ani na leukocytozę. Chory znosi benzol bardzo dobrze. Tadeusz Borzęcki.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu

XXI. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w 26. X. (8. XI.) 1912 r.

Obecnych członków 45, gości 27. Przewodniczy prezes Prof. J. Ziemacki.

Prezes wita obecnych po długich feryach letnich poczem podaje do wiadomości, iż zmarł członek »Związku«, którego niedawno podejmowano z powodu 50-letniego jubileuszu pracy zawodowej, Dr. Bolesław Skarga, oraz słynny anatom lwowskiego Uniwersytetu, prof. Kadyi, i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zgasłych przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Przyrodnik Roman Prawocheński: **Współczesne poglądy na dziedziczność w krótkim ogólnym zarysie**. Program odczytu: Rzut oka na poglądy w historyi przyrodoznawstwa o istocie i objawach dziedziczności i z praktyki życia ludzi, hodowli zwierząt i roślin. Zapatrywania neodarwinistów i neolamarkistów: Mendl, De-Vries, Loeb, Le-Dantec. Najnowsze poglądy C. Redfielda. Teorya »starych rodziców«, wpływ wieku rodziców na rozwój intellektu u dzieci. Rzut oka na pochodzenie geniuszów ludzkości. Rozwój dodatnich cech i zwyrodnienie. Zestawienie między rozwojem intellektu u ludzi a rozwojem nabytych cech, użytecznych dla człowieka, u zwierząt i roślin. Wskazówki na przyszłość ludzkości.

Dyskusya: P. Czekanowski zaznacza, że prawo Mendla sprawdziło się co do oczów, zaś co do innych stron, jeszcze nie; mówca przytacza doświadczenia Johansona. — Prof. Zaleski zapytuje prelegenta, jak pogodzić na przykładach o mulatach obie teorye: Mendla i Redfielda. — Inż. Więckowski prosi o bliższe wyjaśnienie różnicy między dziedziczeniem cech funkcyonalnych, a cech strukturalnych; prócz tego mówca porusza ten ustęp odczytu, w którym prelegent mówił o 9 tysiącach znakomitych ludzi i zaznacza, że prelegent dał dobrą charakterystykę szkoły amerykańskiej, bo ona wiedzie rzeczywiście do niedorzeczności. Rodzice Napoleona byli zwykłymi ludźmi, a gdy uczynił się cesarzem, to ród jego wyprowadzano od cezarów i wtedy już miał rodziców genialnych. Próba Mendla jest to pierwsza próba wprowadzenia liczby do tych badań. — Prof. Ziemacki: W teoryach Mendla, C. Redfielda, de Vriesa i innych nie znajdujemy uwzględnienia takich faktów lub takich doświadczeń, jak wpływ pory dnia (np. doświadczenia prof. Ciesielskiego nad roślinami, nad konopiami), pory roku, wpływów społecznych (wojna, zamieszki), wrażeń (przestrach), pokarmów (mięso, pokarmy roślinne), napojów (alkohol). I dlatego też należałoby krytyczniej przyjmować te nowe poglądy, jak to już słusznie prelegent w swoim odczycie zaznaczył. — Prelegent daje wyczerpujące objaśnienia na wszystkie pytania, przytacza szereg przykładów potwierdzających, iż dziedziczność strukturalna i funkcyonalna różnią się. Mówca dodaje, że celem jego było rozbudzić w »Związku« zainteresowanie się sprawą dziedziczności w ogóle. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący odczyt.

Wobec spóźnionej pory cofnął prof. Zaleski z porządku dziennego swój odczyt p. t. »Język międzynarodowy przy łóżku chorego«.

II. W części administracyjnej posiedzenia:

1) Prof. Merczyng podaje wyczerpującą charakterystykę p. Bronisława Znatowicza z Warszawy, redaktora i współzałożyciela pism »Wszechświat« i »Chemik polski«, kreśli jego zasługi na polu chemii i przyrodoznawstwa i dodaje, iż upłynęło 30 lat jego pracy zawodowej. Prezes prof. Ziemacki podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu Rady obradowano nad zaliczeniem p. Bronisława Znatowicza w poczet członków honorowych »Związku«. Rada Związku wobec wielkich zasług kandydata, które tu poczęści zostały przedstawione w mowie prof. Merczynga i powszechnie są znane, przedstawia dziś wniosek ten w myśl §§ 11 i 15 Ustawy do ogólnego zatwierdzenia. — P. Bronisław Znatowicz został przez jawne głosowanie jednomyślnie obrany członkiem honorowym »Związku«. Uchwalono o wyborze zawiadomić listownie.

2) Dokonano wyborów na członków rzeczywistych: inż. techn. Witolda Zabłockiego, lek.-odontol. Tadeusza Łypaczewskiego, botanika Mieczysława Ptaszyckiego, inż. Alfreda Rundo i Dra Bronisława Żebrowskiego.

3) Prezes podaje do wiadomości, iż na wiosnę dokonano wyborów w wydziale odontologicznym i wice-prezesem obrany został Dr Jan Kozłowski. Obecnie Dr. Jan Kozłowski zrzeka się tego urzędu, ponieważ wyjeżdża z Petersburga na cały rok.

4) Zatwierdzono wybory. w sekcyi odontologicznej:

sekretarz p. Maurycy Pożaryski, zastępca p. Tadeusz Łypaczewski, w sekcyi przyrodniczej: sekretarz p. Jan Czekanowski. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarzy polskich w Ameryce.

Pomysł zawiązania ogólnego Towarzystwa wszystkich lekarzy polskich w Ameryce, poruszony przed kilku laty przez prof Dr Ciechanowskiego z Krakowa w liście otwartym, który otrzymali wszyscy koledzy-Polacy w Stanach Zjednoczonych, — ziścił się... Towarzystwo to zawiązało się w grudniu 1912 w Chicago i choć obecnie stawia dopiero pierwsze kroki, jednakże można mieć nadzieję, że najbliższy Zjazd Towarzystwa, który odbędzie się w październiku r. b. w Detroit, nada Towarzystwu stosowny kierunek i utrwali jego dalszy rozwój. Do Zarządu zostali wybrani: Dr E. F. Fronczak z Buffalo, prezes; Dr W. Kuflewski z Chicago, wiceprezes; Dr B. Pasternacki z Detroit, sekretarz; Dr E. Koneczny z Detroit, skarbnik. Dotychczas należy do Towarzystwa kilkudziesięciu kolegów, a dalsze zgłoszenia wciąż napływają. Lekarzy-Polaków jest w Stanach Zjednoczonych według naszych obliczeń blizko 300. Dr E. Koneczny (Detroit).

Towarzystwo lekarzy polskich w Detroit.

Posiedzenie z dn. 30. 1. 1913 r.

Przewodniczy kol. Pasternacki

1) Po załatwieniu spraw bieżących, sekretarz odczytuje korespondencyę Komitetu obrony narodowej; po dłuższych debatach postanowiono przyłączyć się do ogólnej akcyi zbierania pieniędzy na fundusz wojskowy, a przedstawicielem naszego Towarzystwa obrany został kol. S. Łachajewski.

2) Kolega R. Sadowski wygłosił odczyt: **O karmieniu dzieci**. Referent przedstawił statystykę śmiertelności pośród dzieci w stanie Michigan, oraz podał sposoby sztucznego karmienia niemowląt. E. P. Koneczny, sekretarz.

Sprawy sanitarne w Sejmie 1913.

I.

Sprawozdanie Departamentu V. Wydziału krajowego z I. półrocza 1912.

Oprócz kilku już z rzędu dorocznych sprawozdań Departamentu V. Wydziału krajowego i całego szeregu osobnych jego wniosków, nie załatwił zagwożdżony sporami narodowymi Sejm galicyjski na posiedzeniach plenarnych ostatnich swych sesyi także kilku z rzędu sprawozdań swojej Komisyi sanitarnej. Do tego szeregu zaległości przybywa jeszcze kilka sprawozdań Wydziału krajowego, przygotowanych na niedoszłą zeszłoroczną sesyę jesienną, które teraz dopiero mogły być Sejmowi przedłożone i z których treścią przez to teraz dopiero można się było zapoznać.

Główne sprawozdanie z czynności Departamentu V. Wydziału krajowego obejmuje oprócz I. półrocza 1912 także grudzień 1911. Według wzoru lat poprzednich wylicza ono wszystkie sprawy, a więc i te, które są przedstawione w osobnych sprawozdaniach, odwołując się w stosownych miejscach na te osobne sprawozdania, a omawiając dokładniej tylko resztę spraw.

Ten układ sprawozdania głównego jest, jak już dawniej zaznaczałem, bardzo praktyczny, bo pozwala odrazu zoryentować się w całym zakresie czynności Departamentu sanitarnego. Z uznaniem również podnieść należy staranne uporządkowanie poszczególnych przedmiotów sprawozdania ogólnego, wyrażające się nawet pod względem typograficznym. Ten ład w sprawozdaniu odróżnia je nader korzystnie od sprawozdań z przed lat jeszcze 5 czy 6, gdy różne przedmioty omawiano »promiscue« w tej kolei, jak los zdarzył i gdy rzeczy do siebie należące trzeba było dopiero wyławiać w różnych miejscach. W streszczeniu poniższem omówię osobne sprawozdania przy odpowiednich miejscach sprawozdania ogólnego, co uczyni całość jeszcze przejrzystszą. Uwagi swoje dodaję w nawiasach.

Na wstępie usprawiedliwia Wydział krajowy brak w sprawozdaniu zestawień statystycznych ruchu chorych w szpitalach oraz zestawień budżetowych, które zawsze znajdowały się w pierwszej części sprawozdania. Jest to możebne tylko przy przygotowaniu sprawozdania w ciągu drugiego półrocza, gdyż w pierwszem półroczu zestawienia statystyczne i budżetowe za rok poprzedni nie bywają jeszcze gotowe. Więc też i obecne sprawozdanie, zamykające się datą 30 czerwca 1912, nie może zawierać zestawień za r. 1911, bo w dniu tym nie były one jeszcze ukończone.

Natomiast podaje sprawozdanie, jak zwykle, statystykę porównawczą za r. 1909, wykazującą tabelarycznie, że Galicya pod względem opieki nad chorymi, jak również pod względem ogólno-sanitarnym (choroby zakaźne) przedstawia wśród wszystkich krajów państwa austryackiego stan najgorszy.

I tak było w r. 1909 w całej Austryi szpitali publicznych 264 z 38.642 łóżkami, a prywatnych 434 z 15.318 łóżkami, razem 698 z 53.960 łóżkami. Na Galicyę przypadało z tego szpitali publicznych 38 z 4.875 łóżkami i prywatnych 59 z 1.873 łóżkami. [Porównując te cyfry, nietrudno obliczyć, że Galicya, której ludność tworzy prawie $^1/_3$ ludności monarchii austryackiej (Cislitawii), ma zaledwo $^1/_7$ szpitali, a mało co więcej, niż $^1/_{10}$ część łóżek, istniejących w Austryi (chodzi tu o szpitale właściwe; o domach porodowych i zakładach dla obłąkanych będzie niżej). Zestawiając z Galicyą zbliżone co do zaludnienia Czechy (z Morawami), które mają 259 szpitali z 17.985 łóżkami, widzimy, że ludność nasza była w r. 1909 w położeniu co do liczby i gęstości szpitali przeszło dwukrotnie, a co do liczby łóżek niemal trzykrotnie gorszem od Czechów i Morawian]. Zacofanie Galicyi widać jeszcze wyraźniej z liczb stosunkowych: Na tysiąc ludności przypada w całej Austryi 1·9 łóżek (prawie jedno łóżko na 500 mieszkańców), a 25·1 leczonych w szpitalach chorych, w Galicyi zaś 0·8 łóżka, a 13·4 leczonych. Nawet na Bukowinie i w Dalmacyi, kulturalnie najniżej, może niżej od Galicyi stojących, a chyba równie niezamożnych, wynoszą te liczby: 1·1 i 0·9 łóżek, 16·7 i 13·8 leczonych. Równie opłakanie przedstawia się wydatek na leczenie, wynoszący w Galicyi w r. 1909 na głowę i dobę tylko 1·67 kor., najmniej z całej Austryi, bo nawet w Karyntyi wynosił on 1·88 kor., we wszystkich zaś innych krajach przekraczał 2 korony, tak, że ogólna średnia wynosi w Austryi 2·59. (Ponieważ zaś Galicya wcale nie należy do najtańszych w Austryi krajów, przeciwnie, co do drożyzny idzie prawie na czele, więc można sobie wyobrazić, kosztem jakich oszczędności w całem prowadzeniu szpitalnictwa koszta utrzymania chorych w Galicyi wypadają tak nizko).

Publicznych zakładów porodowych było w Galicyi w roku 1909 dwa ze 110 łóżkami, w całej Austryi 18 z 2025 łóżkami; ale gdy jedno łóżko porodowe przypadało w całej Austryi na 13.866 ludności, a nawet na Bukowinie, idącej tutaj tuż przed Galicyą, na 22.579 ludności, to w Galicyi jedno przypadało w r. 1909 dopiero na 71.712(!) mieszkańców, (czyli stosunek był prawie 6 razy gorszy, niż w całej Austryi, 3 razy gorszy, niż na Bukowinie).

Publicznych zakładów dla umysłowo chorych miała Galicya w r. 1909 dwa z 1.211 miejscami, cała Austrya 32 z 20.989

łóżkami; jedno łóżko w Galicyi przypadało na 6.514 mieszkańców (po otwarciu zakładu w Kobierzynie stosunek ten wyniesie 1:4610), w całej Austryi jedno łóżko przypadało na 1338 mieszkańców.

Potrzeba szpitali mierzy się jednak nietylko liczbą ludności w danym kraju, ale także stopniem chorobowości. Im częstsze przypadki choroby, tem oczywiście przy tejsamej liczbie ludności więcej być powinno łóżek szpitalnych. Dlatego bardzo na miejscu jest w ostatniem sprawozdaniu (pomieszczona po raz pierwszy w sprawozdaniach Dep. V.) tabela częstości i liczby zachorowań na choroby zakaźne w r. 1910. I tak na 10.000 ludności przypadało zachorowań:

	ospa	płonica	błonica	dur brzuszny	dur osutk.	czerwonka
w całej Austryi	0·15	262	89	71	6	13
w Galicyi	0·41	470	36	119	21	20

Z wyjątkiem błonicy stoi tu Galicya prawie wszędzie na najgorszem miejscu w porównaniu z innymi krajami austryackimi; płonica była dwa razy częstszą, niż w innych, najsilniej nią dotkniętych krajach, ospa prócz Śląska, Bukowiny i Czech (gdzie jest nader rzadka) zjawia się tylko u nas, dur osutkowy zdarza się prócz Galicyi tylko na Bukowinie, i to 4 razy rzadziej, niż u nas.

Może nawet i dobrze się stało, że tym razem nie było można podać w sprawozdaniu statystyki ruchu chorych i budżetów szpitalnych, bo nie przysłania ona swemi licznemi tabelami tego smutnego obrazu, jaki dają powyższe zestawienia, przez co ich wymowa może silniej wrazi się w pamięć tych posłów sejmowych, którzy do sprawozdań, dotyczących krajowych spraw sanitarnych, zajrzeć zechcą. Obawiam się tylko, że sprawy te są dla zbyt wielu posłów kopciuszkiem sejmowym, na którego nawet spojrzeć nie warto.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawozdanie z ruchu chorych w Łódzkim miejskim szpitalu dla chorych zakaźnych w r. 1912.

Rodzaj choroby	Pozostało z r. 1911				Przybyło w r. 1912				Ogółem leczyło się			
	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem
Ospa	10	8	9	27	44	35	67	146	54	43	76	173
Płonica	2	1	3	6	7	10	37	54	9	11	40	60
Dur plamisty	—	—	—	—	7	8	2	17	7	8	2	17
Dur brzuszny	—	—	—	—	1	2	—	3	1	2	—	3
Róża	1	—	—	1	9	11	—	20	10	11	—	21
Dyzenterya	—	—	—	—	9	11	—	20	9	11	—	20
	13	9	12	34	77	77	106	260	90	86	118	294

Rodzaj choroby	Opuściło szpital				Zmarło				% zmarłych	Podług wyznania				Ilość dni szpitalnych	Pozostało na r. 1913			
	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem		Prawosławnych	Katolików	Ewangielików	Żydów		Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem
Ospa	43	36	53	132	8	4	18	30	17,3	6	103	13	24	3591	3	3	5	11
Płonica	8	10	20	38	1	—	9	10	16,6	—	42	3	9	1493	—	1	11	12
Dur plamisty	6	7	2	15	1	1	—	2		—	5	1	11	346	—	—	—	—
Dur brzuszny	—	1	—	1	1	—	—	1		—	2	—	1	90	—	1	—	1
Róża	6	10	—	16	1	—	—	1		3	14	3	—	353	3	1	—	4
Dyzenterya	8	9	—	17	1	2	—	3		1	12	3	4	375	—	—	—	—
	71	73	75	219	13	7	27	47	16,0	10	178	23	49	6248	6	6	16	28

Wiadomości bieżące.

Jubileusz trzydziestoletniej pracy na stanowisku prymaryusza oddziału chirurgicznego krajowego Szpitala we Lwowie obchodzi 29 b. m. Prof. Dr Grzegorz Ziembicki.

Czcigodnemu Jubilatowi, zasłużonemu wychowawcy mnogich pokoleń lekarskich, składa serdeczne życzenia Redakcya naszego pisma, którego Jubilat był przez lat wiele życzliwym i wiernym przyjacielem.

Kraków. Otrzymujemy następujące zawiadomienie: »Jeden z zakładów państwowych londyńskich zwrócił się do mnie z zapytaniem o anatomo-patologa, któryby, posiadając odpowiednie kwalifikacye naukowe za 500 f. s. rocznie zechciał objąć posadę kierownika badań, specyalnie w kierunku chorób zakaźnych nad materyałem sekcyjnym. Posada na razie do objęcia na rok. Zapytania listowne lub osobiste w godzinach rannych 9—10 do dnia 8. IV. 1913 ul. Lubicz 34. Proszę pisma lekarskie polskie o powtórzenie ogłoszenia. Prof. Bujwid«.

Zmarli. Dr Edward Witkowski, starszy lekarz powiatowy w Łańcucie, w 61 r. ż., Dr Henryk Zmigrodzki z Warszawy w 40 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 2. kwietnia 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Inż. Jan Kwiatkowski: O amfiteatrze u stóp Wawelu.



Rok LII. Kraków, dnia 5. kwietnia 1913. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z miejskiej pracowni bakteryologicznej i z zakładu weterynaryi Prof. J. Nowaka w Krakowie.

Evol i mydło kreozolowe,

dwa nowe środki odkażające.

Podali

Doc. R. Nitsch, bakteryolog miejski i **M. Okolska.**

Wstęp.

Miejski Urząd zdrowia w Krakowie używa do odkażania mieszkań, sieni, kurytarzy, schodów, wychodków i t. p. sublimatu albo lysolu obok formaliny tam, gdzie jej użycie jest możliwe lub wskazane. Lysolu używa się jako jednego z najsilniejszych środków odkażających wszędzie tam, gdzie z powodu przenikliwej woni użycie jego nie jest przeciwwskazane, a zawsze do odkażania wychodków, zlewów, basenów, nocników i t. p. Tam gdzie lysolu z powodu jego woni użyć nie można, jak np. w klasach szkolnych, sklepach, biurach, pracowniach, pokojach mieszkalnych i t. p., używa się sublimatu. Z obawy, żeby sublimat po wyschnięciu wody nie pozostał w postaci delikatnego proszku na ścianach, podłodze lub meblach i nie stał się potem przyczyną zatrucia, stosuje się następne wymycie ciepłą wodą podłóg i ścian celem usunięcia sublimatu. Tam wreszcie, gdzie lysol lub sublimat dotrzeć nie może, jakoteż w celu wzmocnienia ich działania, używa się jeszcze często formaliny w postaci pary wywiązującej się z przyrządów formalinowych. Przyrządów używa się systemu Berolina i systemu Zarewicza. Sposobów wywiązywania formaliny bez przyrządów (np. autanu lub formaliny z $KMnO_4$) nie używa się w Krakowie.

Wobec wielkiego zapotrzebowania środków odkażających ma ich cena wielkie znaczenie. Miasto płaci za 1 litr lysolu K 4·20, co wobec wielkiego zapotrzebowania tego środka, używanego zwykle w 2%, a czasem i w 3% rozczynie, odgrywa w budżecie zakładu dezynfekcyjnego dość znaczną rolę. Gdy więc miasto otrzymało od wiedeńskiej firmy »Max Kurz« ofertę na nowy środek odkażający pod nazwą »Evol«, którego cena za 1 kg. wynosić miała około 2 koron, zajęto się w miejskiej pracowni bakteryologicznej jego zbadaniem.

Badania przeprowadzono sposobami zwykle w tym celu używanymi. Więc albo:

1) Zanurzano jałowe jedwabne nitki do czystej hodowli bulionowej lub do zawiesiny badanych bakteryi lub zarodników na kilka lub kilkanaście minut. Następnie wyjmowano nitki i wrzucano je, wilgotne, do badanego rozczynu środka odkażającego na czas różnej długości. Po wyjęciu opłukiwano je w jałowej wodzie przekroplonej około 1′ i wreszcie przenoszono na pożywki. Czasem nitki wysuszano w cieplarce przed wrzuceniem do środka odkażającego. Wzrost na pożywkach kontrolowano zwykle przez kilka dni, a w wątpliwych razach stwierdzano pod mikroskopem.

Albo 2) posługiwano się w tym samym celu wyjałowionymi maleńkimi wacikami i postępowano z nimi analogicznie, jak w przypadku 1).

Albo 3) nalewano badany środek odkażający na kał lub śluz z wacikami lub bez i co pewien czas przeszczepiano na pożywki cząstki kału, lub wacik po opłukaniu w jałowej wodzie.

Takimi sposobami badano siłę odkażającą danego środka, t. j. własność zabijania form dorosłych lub rosnących. Oprócz tej siły ma wielkie znaczenie w czasie odkażania jeszcze druga własność środków odkażających, t. j. ich siła wstrzymująca wzrost drobnoustrojów. Znaną jest rzeczą, że do zabicia drobnoustrojów potrzebne jest znacznie większe stężenie środków odkażających, niż do zahamowania wzrostu. Klasycznym przykładem tego jest sublimat, który zabija niektóre bakterye dopiero w rozcieńczeniu 1%, a hamuje ich wzrost już w rozcieńczeniach 1/milion. Dla poznania jakiegoś środka odkażającego jest rzeczą ważną znać nietylko jego siłę odkażającą, ale i siłę jego hamującą wzrost różnych drobnoustrojów. W tym celu do różnych rozcieńczeń danego środka odkażającego w bulionie szczepiono bardzo małą ilość (koniec drucika platynowego) bakteryi i wstawiano do cieplarki. Potem obserwowano, czy bakterye rosną, czy nie. Nieraz wzrost ten można widzieć bardzo wyraźnie po zmętnieniu bulionu, ale nieraz trzeba badać pod mikroskopem, bo bulion staje się mętny zaraz po dodaniu środka odkażającego lub też po pewnym czasie, gdy stoi w cieplarce zmieszany ze środkiem odkażającym. Wtedy tylko oglądanie pod mikroskopem może sprawę rozstrzygnąć. Otrzymuje się np. wzrost

bakteryi w rozcieńczeniu środka odkażającego w bulionie $^1/_{1000}$, a w rozcieńczeniu $^1/_{800}$ wzrostu wykazać nie można.

Oczywiście, że te liczby nie będą ściśle, bo zawsze pewna nieznaczna część środka odkażającego wchodzi w związek z ciałami w bulionie zawartemi (solami, białkami, peptonami, substancyami wyciągowemi?). Okazuje się to bardzo często już na oko przez wystąpienie w bulionie zmętnienia lub opalizacyi. Dopiero wolna reszta środka odkażającego może działać hamująco na wzrost bakteryi. Jeżeli więc np. przy rozcieńczeniu $^1/_{800}$ w bulionie wzrostu niema, to właściwie rozcieńczenie to jest większe, bo pewna część środka odkażającego związała się z bulionem, a więc czynną pozostaje mniejsza ilość, niż dodano do bulionu. Prócz tego i skład bulionu nie jest zawsze taki sam, choćbyśmy się starali przygotować go zawsze jednako. Dlatego należy o tem pamiętać, że o ile przy oznaczeniu siły odkażającej środków przeciwgnilnych możemy zawsze bardzo ściśle oznaczyć zgęszczenie, przy którem dany środek działa zabójczo na dany szczep pewnego gatunku bakteryi w danym czasie i przy danej ciepłocie, to przy oznaczeniu siły hamującej wzrost drobnoustrojów rozcieńczenie podane jest zawsze większe od rzeczywistego, czyli środki odkażające działają silniej hamująco, niż to wynika z naszych doświadczeń.

Oczywiście, że przy oznaczeniu siły odkażającej pewnego środka przeciwgnilnego nie zawsze możemy całkiem ściśle określić zgęszczenie, w którem dany środek działa. Jeżeli np. dodajemy dany środek w pewnem zgęszczeniu do hodowli bulionowej bakteryi, lub wprost nalewamy na kał lub dodajemy do moczu — to i to oznaczenie nie będzie ścisłe. Jeżeli jednak postępujemy według metod zdawna używanych i dajemy do rozczynu jakiegoś środka odkażającego o pewnem zgęszczeniu nitki wilgotne lub z zasuszonemi bakteryami lub takież perełki szklane, albo waciki, to źródła błędu będą tak małe, że możemy mówić o ścisłem oznaczeniu stopnia rozcieńczenia w danych warunkach.

I. Doświadczenia z evolem.

Evol jest to płyn oleisty, barwy w cienkiej warstwie ciemno-brązowej, w grubej warstwie prawie czarnej, o silnej woni, przypominającej zapach lysolu. Po dłuższem staniu evol ciemnieje jeszcze więcej i ma wtedy nawet w cienkich warstwach prawie czarną barwę. Tak samo evol rozcieńczony w 1%—10% rozczynie ma bardzo silną woń, która wydziela się przez długi czas z ubrań, bielizny, rąk, sprzętów, ścian i t. p., zlanych lub zmytych evolem. Naszem zdaniem evol pod względem przykrej woni niema żadnych zalet w porównaniu z lysolem. Ma natomiast w częstem użyciu jedną wadę bardzo poważną, t. j. tę, że palce i ręce zwilżone 3% evolem dość prędko cierpną i tracą w pewnej mierze wrażliwość na dotykanie. Ścierpnienie rąk przy dłuższem zwilżaniu ich evolem 3% trwa szereg godzin i jest bardzo nieprzyjemne. Także i 2% evol może je wywołać, jeśli długi czas macza się w nim ręce.

Drugą ujemną stroną evolu w porównaniu z lysolem jest trudniejsza jego rozpuszczalność w wodzie. Oleisty ten płyn czepia się silnie ścian naczynia i musi być energicznie kłócony lub mieszany, zanim utworzy w wodzie jednostajną zawiesinę. Jako cięższy od wody opada przy wlewaniu na dno naczynia, mało tylko mieszając się z wodą i znowu trzeba go bardzo energicznie mieszać, aby utworzył należytą zawiesinę. Najlepiej zmieszać go dokładnie z wodą w ten sposób, że do wiadra, w którem pod wodą znajduje się na dnie odpowiednia ilość evolu, zanurza się sikawkę, służącą do skrapiania ścian przy odkażaniu i nabrawszy w nią wody, wystrzykuje się ją następnie z siłą ku dnu, trzymając sikawkę do połowy w wodzie. W ten sposób najłatwiej zmieszać evol. Jeśli zaniedbamy dokładnego zmieszania, narazimy się na to, że czerpiąc rozczyn odkażający z wierzchu, będziemy mieć prawie czystą wodę, a na samem dnie evol prawie zgęszczony. Jak wiadomo, lysol także nie rozpuszcza się całkiem łatwo w wodzie i trzeba także uważać na dokładne zmieszanie. Ale istnieje w tem wyraźna różnica na korzyść lysolu.

Wreszcie trzecią stroną ujemną evolu w porównaniu z lysolem jest nieprzeźroczystość jego rozczynów wodnych. Wiadomo, że lysol daje rozczyn zupełnie przeźroczysty; natomiast evol w 1%—10% rozczynach, używanych w praktyce, daje płyn brudno mleczny, nawet w cienkiej warstwie nieprzeźroczysty. I lysol daje w wodach studziennych nieczystych (bardzo twardych) rozczyn barwy mleczno-białej, ale w wodzie przekroplonej albo miękkiej wodzie studziennej (n. p. w wodzie wodociągowej krakowskiej) są 1—3% rozczyny lysolu nawet w grubszych warstwach tylko lekko opalizujące — w cienkich warstwach zaś prawie zupełnie przeźroczyste. Evol zaś daje nawet z wodą przekroploną już w ½% rozczynie zawiesinę brudno mlecznej barwy.

Wszystkie doświadczenia poniżej omówione robiono tak, że środki odkażające rozpuszczano w wodzie przekroplonej. Tymczasem w praktyce używa się w Krakowie wody wodociągowej. Ze względu jednak na miękkość tej wody nie sądzimy, żeby to miało wyraźny wpływ na wynik doświadczeń — przynajmniej co do evolu.

Badania wykonywano w ciepłocie pokojowej.

Badania siły odkażającej evolu.

Doświadczenia z wacikami. Technikę podano w kilku słowach wyżej. Dodamy tyle, że waciki robiono możliwie równej wielkości z waty nieodtłuszczonej i po wyjałowieniu zanurzano je do bulionowej świeżej hodowli danych bakteryi, wyciskając drucikiem powietrze z ich wnętrza, żeby całkiem przesiąkły płynną hodowlą. Po kilku minutach wyjmowano je, wyciskano nadmiar hodowli na ścianach probówki i wilgotne wrzucano do rozczynu środków odkażających na różny czas. Potem wyjmowano je ostrożnie i wrzucano do 8—10 cm^3 wody przekroplonej wyjałowionej, gdzie wyciskano je i poruszano drucikiem około 1 minuty celem wypłukania środka odkażającego. Następnie przenoszono je do drugiej rurki z wodą destyl. wyjałowioną, celem dalszego opłukania przez poruszanie znowu około 1 minuty. Potem dopiero wrzucano je do jałowego bulionu lub rozmazywano na agarze i wstawiano do cieplarki. Wzrost oglądano po 24 godzinach, ale rurki jałowe zostawiano w cieplarce zawsze dłużej, do 4 dni lub więcej, i obserwowano, czy wzrost jeszcze nie nastąpi. Zawsze urządzano doświadczenie kontrolne, w którem postępowano zupełnie podobnie, z tą tylko różnicą, że kontrolnego wacika nie zanurzano do środka odkażającego, tylko do wody wyjałowionej.

1. Bact. coli (15/III) 1912

	lysol 2%	evol 2%
po 5′	—	—
» 10′	—	—
» 15′	—	—
kontrola +		

2. Bact. coli (17/III)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	+	+
» 15′	+	+
» 20′	+	+
» 30′	+	+
kontrola +		

Uwaga: + znaczy wzrost bakteryi na pożywce
— » brak wzrostu
(wynik zapisywano po 4 dniach).

3. Bact. typhi (19/III)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	+	—
» 15′	+	—
» 20′	+	—
» 30′	—	—
kontr. +		

4. Bact. cholerae (21/III)

	lysol 1%	evol 1%
po 6′	+	—
» 12′	—	—
» 17′	—	—
» 22′	—	—
» 30′	—	—
kontr. +		

5. Bact. Friedländeri (27/III) (z gardła)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	—	—
» 16′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—
kontr. +		

6. Staphyloc. pyogen. aur. (28/III)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	+	+
» 16′	+	+
» 21′	+	+
» 32′	+	+
kontr. +		

7. Staphyloc. aureus (inny szczep) (20/XII)

	lysol 2%	evol 2%
po 5′	+	+
» 10′	+	—
» 15′	—	—
» 20′	—	+ (!)
kontr. +		

8. Bact. typhi. (ze stolca) (20/III). Technika j. w. z tą różnicą, że waciki po opłukaniu w wodzie rozmazywano na powierzchni jałowego agaru, a nie wrzucano ich do bulionu. Wynik oglądano po 48 godz.

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	15 kolonii	około 100 kol.
» 10′	3 »	» 40 »
» 15′	—	kilka kolonii
» 20′	11 kolonii	—
» 30′	—	—

Kontr. cała powierzchnia agaru pokryta bardzo gęstemi koloniami.

9. Doświadczenie z kałem (25/III). Cząstkę kału rozmieszano dokładnie w 2% lysolu i 2% evolu. Następnie włożono tam jałowe waciki i wygnieciono z nich powietrze. Zresztą j. w. Wysiew na bulionach i na agarach

	lysol 2%	evol 2%
po 40′	—	—
» 65′	—	—
kontr. +		

10. Doświadczenie z kałem (26/III) Technika j. w., różnica w tem, że 3 razy płukano w wodzie. Wysiew na bulionach.

	lysol 2%	evol 2%
po 15′	+	—
» 35′	—	—
» 1·15′	—	—
kontr. +		

11. Doświadczenie z kałem (29/III). Na nieroztartą grudkę twardego kału nalano 2% evolu i lysolu i zostawiano tak od 1 godz. do 4 dni. Potem zlewano płyn odkażający, nalewano jałowej wody i tak 3 razy płukano. Grudki kału, tak długo moczone w płynie odkażającym i płukane, częściowo rozmokły i rozpłynęły się. Połowę pozostałego kału przenoszono następnie do bulionu, a połowę rozcierano na agarach. Oglądano po 48 godzinach.

		lysol 2%	evol 2%
po 1 g. 37′	bul.	+	+
	ag.	+	+
» 16 g. —	bul.	—	—
	ag.	—	+
» 24 g. —	bul.	+	—
	ag.	+	+
» — 4 dn:	bul.	+	+
kontr. +			

12. Doświadczenia z zarodnikami (3/IV). Agarową hodowlę laseczek »mesentericus« po 10 dniach spłukano bulionem i uzyskano tak — niesączoną — zawiesinę tych bardzo odpornych zarodników. Pod mikroskopem widać bardzo wielką ilość zarodników pojedynczych i w grudkach i mało laseczek. Do tej zawiesiny włożono waciki jałowe, a następnie trzymano je j. w. w 4% rozczynach naszych środków odkażających. Wysiew na bulionie i na agarze. Wzrost oglądano po 48 godzinach.

		lysol 4%	evol 4%
po 17 g.	bul.	+	+
	ag.	+	+
» 24 g.	bul.	+	+
	ag.	+	+
» 48 g.	bul.	+	+
	ag.	+	+
» 4 dn.	bul.	+	?
	ag.	+	+
» 9 dn.	bul.	+	+
	ag.	+	+
» 20 dn.	bul.	+	—
	ag.	+	+

Kontr. (trzymano 20 dni) w wodzie +

D o ś w i a d c z e n i a z n i t k a m i. Doświadczenia z wacikami przedstawiają dużo źródeł błędów, ponieważ waciki są różnej wielkości. Jedwabne nitki przedstawiają o wiele równiejszą powierzchnię. Prócz tego przedstawiają nitki o wiele mniejsze trudności techniczne przy robocie, niż waciki, które nieraz zbijają się z sobą, lub znowu rozpływają podczas płukania i t. p. Dlatego przeszliśmy do doświadczeń z nitkami. Technika j. w., z tym wyjątkiem, że nitki przed włożeniem do środka odkażającego suszono kilka godzin w cieplarce i używano dopiero zupełnie suchych i że je raz tylko płukano po wyjęciu z płynu odkażającego.

13. Gronkowiec złocisty (4/IV)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	—	—
» 10′	—	—
» 15′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—
kontr +		

16. Bakt. okrężnicy (9/IV)

	sublimat ½‰	evol ½%
po 2′	—	+
» 5′	—	+
» 10′	—	—
» 15′	—	—
kontr +		

14. Gronkowiec złocisty (z ropy) (21/XII)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	—	—
» 15′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—
kontr. +		

15. Gronkowiec złocisty (szczep ten sam) (22/XII)

	lysol ½%	evol ½%
po 5′	+	+
» 10′	—	+
» 15′	—	—
» 20′	+ (!)	—
» 30′	—	—
kontr. +		

Ponieważ kilkogodzinne wysuszenie nitek wystarczało do zabicia niektórych bakteryi, z któremi chciano czynić doświadczenia, jak duru, Friedländera, cholery, więc w następnych doświadczeniach używano wyłącznie nitek niesuszonych, przenosząc je bezpośrednio z bulionowej hodowli danych bakteryi do płynu odkażającego.

17. Bact. typhi (10/IV)

	lysol $^1/_2$%	evol $^1/_2$%
po 5′	+	+
» 10′	+	+
» 15′	+	—
» 22′	+	—

kontr. +

18. Bact. Friedländeri (12/IV), wysiew na agar

	lysol $^1/_2$%	evol $^1/_2$%
po 6′	+ (zlany nalot)	+ (zlany nalot)
» 11′	+ (pojedyncze kol.)	+ (pojedyncze kol.)
» 16′	+ »	+ »
» 22′	— »	—

kontr. + (zlany nalot).

19. Gronkowiec złocisty (z ropy) 21/XII)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	—	—
» 15′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—

kontr. +

Wykonano ogółem 11 doświadczeń z wacikami, 4 z nitkami suchemi, 3 z wilgotnemi, a 1 z kałem bez użycia nitek ani wacików — razem 19 doświadczeń. Lysol okazał się słabszym środkiem odkażającym w doświadczeniu 3 (dur), 4 (cholera), 10 (kał), 17 (dur, nitki), t. j. 4 razy. Równym evolowi w działaniu odkażającem okazał się w doświadczeniu 1 (coli); 2 (coli); 5 (Friedländer); 6 (gronkowiec, waciki), 9 (kał), 13 i 14 (gronkowiec, nitki suche); 18 (Friedländer, nitki wilgotne) 19 (gronkowiec, nitki wilgotne), t. j. 9 razy. Wątpliwy wynik doświadczeń otrzymano w doświadczeniu 7 (gronkowiec), 8 (dur), 11 (kał), 12 (zarodniki), 15 (gronkowiec — nitki suche), t. j. 5 razy. Ściśle biorąc należałoby i takie wyniki, jak np. w dośw. 1 i 2, uważać za wątpliwe. Wreszcie doświadczenie 16 (coli) podjęto dla porównania siły odkażającej evolu z 10 razy słabszym rozczynem sublimatu. Okazało się, że $^1/_2$% evol ma znacznie słabsze działanie odkażające na prątki okrężnicy, niż $^1/_2$‰ sublimat.

Warto jeszcze zwrócić uwagę na doświadczenia 9. i 10. w porównaniu z 11. W pierwszych 2 doświadczeniach rozmieszano dokładnie kał z nadmiarem środków odkażających, tak że nigdzie nie pozostały większe jego grudki. Okazało się, że tak 2% lysol, jak i evol, odkaziły całkowicie badany kał już w czasie znacznie krótszym od godziny (evol nawet już po $^1/_4$ godziny). Tymczasem w doświadczeniu 11., gdzie kału nie rozcierano, ale nalano nadmiar środków odkażających na zbite grudki kału, osiągnięto wynik bardzo niepewny. Niektóre grudki były już po 16 godzinach odkażone, — ale inne jeszcze po 4 dniach nie były. Wynikają z tego wyraźne wskazówki dla praktyki dezynfekcyjnej.

Jako ostateczny wynik stwierdzić należy, że ani razu nie okazał się lysol silniejszym środkiem odkażającym od evolu, — a uwzględniając całość doświadczeń, musimy uznać evol za środek co najmniej równy lysolowi w działaniu odkażającem.

Z tego powodu wprowadzono go natychmiast w użycie w krakowskim zakładzie dezynfekcyjnym. Ponieważ cena jego jest przeszło 2 razy niższą od ceny lysolu, więc zamiana ta była całkowicie usprawiedliwiona, pomimo niektórych ujemnych stron evolu, o których wyżej wspomniano.

Tymczasem w kilka miesięcy później otrzymaliśmy od firmy berlińskiej »Deutsche Desinfektions-Centrale« ofertę na środek odkażający, w Niemczech często używany, t. zw. »Kreosolseifenlösung« (»rozczyn kreozolowo-mydlany«) z ceną 1 korona za 1 kg. Ponieważ za evol płacimy 1·80 kor. za 1 kg., więc wskazane było dokładne zbadanie nowozaoferowanego środka, aby koszta odkażania możliwie zmniejszyć, nie zmniejszając jego pewności.

II. Doświadczenia z »rozczynem kreozolowo-mydlanym«.

Nowy ten środek, który dla krótkości nazywać będziemy poprostu »mydłem kreozolowem«, ma niektóre własności fizyczne o wiele przyjemniejsze od evolu, a mianowicie: 1) rozpuszcza się w wodzie znacznie łatwiej od evolu i 2) daje z wodą przekroploną nawet w kilkuprocentowych rozczynach i nawet w grubych warstwach płyn zupełnie przeźroczysty. W krakowskiej wodzie wodociągowej są 1—2% rozczyny mydła kreozolowego w grubszych warstwach z początku bardzo mało, a po kilku dniach silnie opalizujące. W cienkiej warstwie są prawie zupełnie przeźroczyste. Natomiast 3% rozczyn mydła kreozolowego wydziela w krakowskiej wodzie wodociągowej po kilku godzinach silny męt, który po kilku dniach opada całkowicie na dno naczynia. Przy wodach twardych (studziennych) daje mydło kreozolowe rozczyny silnie zmącone. Męt ten po dłuższem staniu (kilka dni) opada na dno naczynia, a ponad nim pozostaje płyn winno-żółty, zupełnie przeźroczysty. Zachowanie to zależy widocznie w zupełności od zachowania się zwyczajnego mydła, które w wodzie przekroplonej daje rozczyn zupełnie przeźroczysty, a w wodach naturalnych daje zależnie od stopnia ich twardości męty lub strąty różnej obfitości.

Mydło kreozolowe ma »in substantia« barwę złocisto-żółtą i jest o wiele mniej gęste, aniżeli evol, a nawet niż lysol. O ile w opisanych dwu własnościach ma ono stanowczo wyższość nad evolem — to co do dalszych, również bardzo ważnych własności, nie wiele się różni od niego. Mianowicie 1) woń jego tak »in substantia«, jak i w rozczynach wodnych, jest równie przenikliwa i nieprzyjemna, jak woń evolu lub lysolu i długo się trzyma; 2) po robocie dłuższej z mydłem kreozolowem, zwłaszcza 3%, ręce szczypią i cierpną, podobnie jak po robocie z evolem, choć może w mniejszym stopniu.

Doświadczenia robiono z nitkami wilgotnemi, które wprost z zawiesiny badanych bakteryi (lub kału) przenoszono do środka odkażającego, potem — po wyjęciu — płukano przez 1′ w wodzie jałowej przekroplonej i zasiewano na bulionach.

20. Bact. coli (19/X)

	lysol 1%	mydło kreoz. 1%
po 5'	+	+
» 10'	—	+
» 15'	—	+
» 20'	—	+
» 30'	—	—

kontrola +

21. Bact. coli (20/X) (ten sam szczep)

	lysol 1%	mydło kreoz. 2%
po 5'	+	+
» 10'	+	—
» 15'	—	—
» 20'	—	—
» 30'	—	—

kontrola +

22. Bact. typhi (21/X)

	lysol 1%	mydło kreoz. 1%
po 5'	+	+
» 10'	—	+
» 15'	—	—
» 20'	—	—
» 30'	—	—

kontrola +

23. Bact. typhi (24/X) (ten sam szczep)

	lysol 1%	mydło kreoz. 2%
po 6½'	—	—
» 10'	—	—
» 15'	—	—
» 20'	—	—
» 30'	—	—

kontrola +

24. Bact. typhi (26/XI) (ten sam szczep)

	lysol 1%	mydło kreoz. 2%
po 3'	+	+
» 5'	—	—
» 10'	—	—

kontrola +

25. Gronkow. złocisty (26/X)

	lysol 1%	mydło kreoz. 1%
po 5'	+	+
» 10'	—	+
» 15'	—	—
» 20'	—	—
» 30'	—	—

kontr. +

26. Gronkow. złocisty (27/X)

	lysol ½%	mydło kreoz. ½%
po 5'	+	+
» 10'	+	+
» 15'	+	+
» 20'	+	+
» 30'	—	+

kontr. +

27. B. proteus (31/X) (ze stolca)

	lysol 1%	mydło kreoz. 1%
po 5'	+	+
» 10'	—	—
» 15'	—	—
» 20'	—	—
» 30'	—	—

kontr. +

28. Vibrio cholerae (1/XI)

	lysol ½%	mydło kreoz. ½%
po 5'	—	—
» 10'	—	—
» 15'	—	—

kontr. +

29. Vibrio cholerae (11/XI) (ten sam szczep)

	lysol ¼%	mydło kreoz. ¼%
po 1'	+	+
» 2'	+	+
» 3'	+	+
» 4'	+	+
» 5'	—	+

kontr. +

Zarodniki lasecznika siennego (bac. subtilis).

4 dniowa hodowla agarowa prątka siennego (zawierająca bardzo dużo zarodników) została zawieszona w bulionie i przesączona przez bibułę. Do tej zawiesiny zanurzono nitki jedwabne. Zresztą j. w. Zasiane buliony oglądano 4 dni.

30. (12/XI)

	lysol 2%	mydło kreoz. 2%
po 15'	+	+
» 30'	+	+
» 1 g.	+	+
» 2 g.	+	+
» 5 g.	+	+

kontr. +

31. (20/XI)

	lysol 4%	mydło kreoz. 4%
po 1 g.	+	+
» 2¼ g.	+	+
» 5¾ g.	+	+
» 24 g.	+	—
» 54 g.	—	—

kontr. +

32. Doświadczenie z kałem (5/XI). Kał płynny, zawierający bardzo dużo śluzu (klinicznie rozpoznano dysenteryę, prątków czerwonkowych jednak nie znaleziono). Do naczyniek dano po 1 cm^3 tego kału, a następnie po 1 cm^3 różnych rozcieńczeń środków odkażających, a do rurki kontrolnej 1 cm^3 wody. Zmieszano dobrze i wrzucono do wszystkich rurek po kilka jałowych nitek jedwabnych, zresztą j. w.

	lysol				mydło kreozol.			
	4%	2%	1%	½%	4%	2%	1%	½%
po 3½ g.	—	—	+	+	—	—	+	+
» 8 g.	—	—	+	+	—	—	+	+
» 24 g.	—	—	+	+	+ (!)	—	+	+

kontr. +

Doświadczenia wykonano z bakteryami: okrężnicy, duru, cholery, odmieńcem (proteus), gronkowcami, z zarodnikami prątka siennego i z kałem. Prawie zawsze okazało się mydło kreozolowe słabszym środkiem odkażającym od lysolu. Tylko w doświadczeniu 27. (proteus) siła odkażająca była równa, a w doświadczeniu 31. (zarodniki bakt. siennej) była siła odkażająca mydła kreozolowego większa, niż lysolu. Również w doświadczeniu 32. (z kałem) była siła odkażająca środków jednaka, jeżeli nie uwzględnimy niespodziewanego wzrostu po 24 g. działania 4% mydła kreozolowego. Za mało doświadczeń wykonano, aby można powiedzieć o ile — lub ile razy — mydło kreozolowe jest słabsze od lysolu. Nigdy zresztą nie da się to w ten sposób określić wobec żadnego środka odkażającego, albowiem działają one rozmaicie na różne bakterye, a nawet na różne szczepy tego samego gatunku bakteryi. W doświadczeniu 20. (coli) widzimy, że lysol już po 10' wywiera ten skutek, jaki z mydłem kreozolowem otrzymujemy dopiero po 30'. W doświadczeniu 22. mydło kreozolowe zabija bakterye duru po 15', a lysol już po 10'. W doświadczeniu 25. mamy taki sam skutek z gronkowcami.

Wobec takich wyników urządzono doświadczenia 21. 23. i 24. z 1% lysolem i z 2% mydłem kreozolowem dla stwierdzenia, czy teraz wyniki się nie wyrównają. I rzeczywiście w doświadczeniu 23. i 24. (z durem) lysol 1% = w działaniu mydłu kreozolowemu 2%, — ale w doświadczeniu 21. (coli) okazało się 2% mydło kreozolowe silniejsze od 1% lysolu. Ogólne wrażenie z tych doświadczeń odnieśliśmy takie, że celem uzyskania takiego samego wyniku, jak po lysolu, trzeba użyć rozczynu mydła kreozolowego o 50% silniejszego. Więc zamiast 1% lysolu 1½% mydła kreozolowego — zamiast 2% lysolu 3% mydła kreozolowego. Wobec wielu bakteryi byłby rozczyn mydła kreozolowego o 50% silniejszy od lysolu, środkiem odkażającym znacznie energiczniejszym (np. proteus lub zarodniki bac. subtilis). Wobec innych (np. bact. coli — dośw. 21.) byłby środkiem prawie równym — a wobec innych jeszcze (np. bac. typhi — dośw. 24) byłby taki rozczyn środkiem słabszym.

Uwzględniając cenę mydła kreozolowego, przeszło 4 razy niższą od ceny lysolu, a blizko 2 razy niższą od ceny evolu, — będzie mydło kreozolowe nawet przy użyciu rozczynów o 50% silniejszych jeszcze środkiem tańszym od evolu, nie mówiąc już o lysolu. Ponieważ zaś rozpuszcza się łatwiej w wodzie, niż evol i daje rozczyny (aż do 2%) przeźroczyste lub opalizujące, więc uznać je trzeba za śro-

dek odkażający prawie równy evolowi, przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności.

Krakowski zakład dezynfekcyjny używa jednak dotąd evolu. Miejska pracownia bakteryologiczna nie przedstawiła dotąd Urzędowi zdrowia wniosku o zastąpienie evolu mydłem kreozolowem głównie z tego powodu, że trzebaby używać przeważnie 3% rozczynu mydła kreozolowego. Evolu używa się w Zakładzie dezynfekcyjnym przeważnie w 2% rozczynie. Jak już powyżej wspomnieliśmy, dają 3% rozczyny mydła kreozolowego w krakowskiej wodzie wodociągowej znaczne strąty. Zachodzi więc obawa, że te strąty mogłyby zatykać otworki sikawek i rozpylaczy, któremi zlewa się ściany, podłogi i t. p. — i, co jest jeszcze ważniejsze, nie zbadano dotąd, czy wskutek wytworzenia się tych strątów nie zmniejsza się znacznie siła odkażająca 3% rozczynów mydła kreozolowego w krakowskiej wodzie wodociągowej. Jak również już wspomnieliśmy, wszystkie porównawcze doświadczenia, tu opisane, były wykonane z rozczynami w wodzie przekroplonej. Wypadnie przeto wykonać szereg porównawczych doświadczeń nad działaniem odkażającem 3% rozczynów mydła kreozolowego w krakowskiej wodzie wodociągowej i w wodzie przekroplonej.

III. Badanie siły hamującej wzrost bakteryi.

Technika opisana we wstępie. Dodać trzeba tylko to, że wszystkie doświadczenia wykonano w ciepłocie około 37° C.

33. Bact. coli (ze stolca) (11/XI).

rozcieńczenia	1/10·000	1/100 000	1/milion	1/10 mil.	1/100 mil.
lysol	+	+	+	+	+
mydło kreoz.	+	+	+	+	+

34. Bact. coli (świeże ze stolca) (18/XI).

rozcieńczenia	1/100	1/1000	1/10·000
lysol	—	+	+
mydło kreoz.	—	+	+

kontr. +

35. Bact. coli (szczep tensam) (21/XI).

rozcieńczenia	1/100	1/200	1/400	1/500	1/800	1/1000
lysol	—	—	—	—	—	+
mydło kreoz.	—	—	—	—	—	+

kontr. +

36. Bact. coli (szczep wyhodowany przed rokiem ze stolca) (10/XII).

rozcieńczenia	1/100	1/200	1/400	1/500	1/800	1/1000	1/10·000	1/100·000	1/mil.	1/10 mil.
lysol	—	—	—	—	—	+	+	. [1]	.	.
mydło kreoz.	—	—	—	—	—	+	+	.	.	.
sublimat	.	.	.	.	.	.	—	—	—	+

37. Bact. coli (szczep tensam) (13/XII).

rozcieńczenia	1/400	1/500	1/800	1/1000	1/2000
evol	—	—	—	—	+

kontr. +

[1] . = nie robiono doświadczenia.

38. Bact. coli (szczep świeżo z wody wyhodowany) (17/XII).

rozcieńczenia	1/1000	1/1200	1/1400	1/1600	1/1800	1/2000
evol	—	+	+	+	+	+

kontr. +

39. Bact. coli (wyhodowane 28 XI ze stolca) (23/XII).

rozcieńczenia	1/600	1/800	1/1000	1/1200	1/1400
evol	—	+	+	+	+
lysol	—	—	+	+	+
mydło kreoz.	—	+	+	+	+

kontr. +

Badanie siły hamującej wzrost bakteryi wykonano wyłącznie z różnymi szczepami bakteryi okrężnicy. Widzimy, że te szczepy zachowują się niejednakowo wobec tych samych środków odkażających, co jest rzeczą dobrze znaną w nauce o odkażaniu. Jako wynik należy stwierdzić, że siła hamująca wzrost bakteryi tak u lysolu, jak u evolu i mydła kreozolowego jest nieznaczna, zwłaszcza w porównaniu ze sublimatem (dośw. 36.). Pomiędzy własnościami hamującemi lysolu, evolu i mydła kreozolowego różnice są również bardzo nieznaczne.

Streszczenie.

Evol jest środkiem odkażającym, około 2 razy tańszym od lysolu, a w działaniu odkażającem prawie równym lysolowi. Tylko pod względem rozpuszczalności w wodzie i przeźroczystości rozczynów ustępuje lysolowi.

Mydło kreozolowe jest środkiem odkażającym około 4 razy tańszym od lysolu, jednak w działaniu odkażającem od niego trochę słabszym. Natomiast rozpuszczalność jego i przeźroczystość rozczynów w wodzie przekroplonej jest conajmniej równa lysolowi.

Wobec tego można te środki odkażające, ze względu na ich taniość, polecić zamiast lysolu wszystkim lekarzom, klinikom, szpitalom, lecznicom, sanatoryom, zakładom dezynfekcyjnym i t. p.

Rozczyny tych środków poleca się przyrządzać w wodzie przekroplonej, a gdzie jej z powodu wielkiego zapotrzebowania użyć nie można, w deszczówce, lub w jakiejkolwiek miękkiej, a nie zanieczyszczonej wodzie. Odnosi się to głównie do mydła kreozolowego.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Poduschka. **Leczenie gruźlicy tuberkulomucyną Welemińskiego** (Wien. med. Woch. 1913 Nr 6). Autor stosował w całym szeregu przypadków schorzeń gruźliczych wstrzykiwania tuberkulomucyny Welemińskiego w dawkach jednorazowo 4—6 mg. w 1% rozczynie karbolowym (2 : 100). Odczyn był zawsze silny; miejscowo zaczerwienienie i obrzęk, który utrzymywał się 5—10 dni, (bolesność mała); ciepłota ciała podnosiła się do 38°, a wyjątkowo do 39°, i to z dreszczami, kaszel i wykrztusina zwiększały się. Odczyn ten występował w 4—8 godzin po wstrzyknięciu i utrzymywał się 24 godzin. Potem następowało wybitne polepszenie: kaszel i bóle ustępowały, apetyt wzrastał, poty nocne znikały zupełnie już po jednorazowej dawce, sen się poprawiał. Po

lepszenie to utrzymywało się kilka dni, potem znowu powracał stan gorszy, ale już nie o takiem nasileniu, jak przed wstrzyknięciem. Wstrzykiwania powtarzał autor co 8 dni, dawki zwiększał nieznacznie, ale nie przekraczał 10 mg, bo tu nie występuje osłabienie działania, jak się to dzieje przy tuberkulinie. Szczególnie dobre skutki widział P. po leczeniu tuberkulomucyną w przypadkach gruźlicy skóry i gruczołów, które po 5—6 tygodniach znacznie się zmniejszały. Polepszenia te występowały wybitniej, jeśli obok leczenia tuberkulomucyną zmieniano na lepsze warunki życia i pożywienie. Co do trwałości polepszeń, nie może jeszcze P. wydać sądu z tego powodu, że leczenie to stosuje dopiero od niedawnego czasu. Hs.

Jagić **Wskazania do leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.** (Wien. med. Woch 1913 Nr 6). Metoda leczenia gruźlicy płuc sposobem Forlaniniego polega, jak wiadomo, na wywoływaniu sztucznem odmy piersiowej, np. przez wprowadzenie do opłucnej azotu, który trudno ulega wessaniu. W uciśniętem płucu sprawa chorobowa niełatwo szerzy się na części sąsiednie, jad gruźliczy nie może się przenosić przez uciśnięte naczynia krwionośne i limfatyczne; ale najważniejszym czynnikiem jest ucisk na jamy gruźlicze. Zdaje się też, że sztuczna odma z jednej strony wpływa korzystnie na drugie płuco, które silniej zostaje ukrwione i lepiej pracuje. Warunkiem do wykonania tego zabiegu jest prawidłowa opłucna, duże bowiem zrosty usuwają możność wywierania ucisku, zwłaszcza w szczytach, gdzie zwykle sprawa chorobowa się toczy. Zrosty te częściowo można rozerwać, wprowadzając gaz pod silniejszem ciśnieniem, ale połączone to jest z bólem i niezawsze bezpieczne. Nadto serce powinno być prawidłowe, zwłaszcza że wskutek ucisku zostaje przesunięte. Wskazaniem do wykonania sztucznej odmy piersiowej jest: jedna duża, lub więcej małych jam gruźliczych, oraz małe zrosty po jednej stronie, a nieżyt szczytu albo mały naciek po drugiej stronie. Przy większych zmianach zabiegu tego wykonywać nie należy. Sztuczną odmę stosować też można przy uporczywych krwotokach płucnych, które bardzo szybko ustają; ustępują też długotrwałe gorączki. Hs.

P. Poledne: **Zatrucie chininą.** (Časopis lékařův českých 1913 Nr 4). Autor przytacza szczegółową historyę choroby przypadku zatrucia chininą u żołnierza, który przez omyłkę zamiast siarczanu magnowego zażył 12 gramów chininy. Przypadek obserwowany był przez dziewięć miesięcy, a skończył się pomyślnie; jedynie wzrok pozostał upośledzony do $^{6}/_{30}$ (pr) i $^{6}/_{36}$ (lewe) przy prawidłowem dnie oka. Na podstawie swego spostrzeżenia i 12 przypadków z literatury kreśli autor dokładną symptomatologię tego zatrucia. M.

Prof. J. Thomayer: **Przyczynek do rozpoznania zapaleń osierdzia** (Časopis lékařův českých, 1913 Nr 1). Z przypadków zapalenia osierdzia często bywają nierozpoznawane te, w których znikło już tarcie, a wysięk jeszcze jest mały, i te, w których wysięk jest wprawdzie duży, przylega jednak nieznaczną tylko powierzchnią do przedniej ściany klatki piersiowej, podczas gdy wielka część jego ukryta jest głęboko w klatce. Taki charakter mają najczęściej wysięki u osób mających t. zw. »cor mobile«, a są one dla opukiwania niedostępne. Przypadki te bywają nierozpoznawane, choć chorzy tacy cierpią na duszność, nie będącą w żadnym stosunku do objawów fizycznych i choć tony sercowe u nich mają charakter tonów słyszalnych zdaleka, tem bardziej, że nie każdy taki przypadek badany bywa promieniami Röntgena. Pomocnym w rozpoznaniu tych przypadków z ukrytym wysiękiem może być objaw, przypadkowo odkryty przez autora, a stwierdzony na wielu chorych: szmery oddechowe pod lewym obojczykiem w pozycyi leżącej są albo mało, albo zupełnie niesłyszalne, natomiast w pozycyi siedzącej stają się wyraźne, co autor tłomaczy zwiększeniem się ucisku, wywieranego przez wysięk na lewe oskrzele i płuco w pozycyi leżącej. Stwierdzenie tego objawu powinno w każdym przypadku budzić podejrzenie istnienia ukrytego wysięku osierdziowego. M.

Pedyatrya.

Richard Kapferer: **Niedostarczanie pokarmów, jako czynnik leczniczy w przebiegu ostrych chorób gorączkowych w wieku dziecięcym** (Zeitschr f. diat. u. phys. Ther. 1912 IX.). Prawie wszyscy autorowie głosili i głoszą dalej zasadę, że podczas ostrych chorób gorączkowych bez względu na stan apetytu należy możliwie wydatnie odżywiać chory ustrój, aby z powodu gorączki nie podupadł na siłach. Tymczasem autor, uwzględniając właśnie brak apetytu podczas gorączki, postanowił pójść za tym naturalnym objawem i nie dawać nic jeść, a pozwolić tylko na napoje i to wedle upodobania chorego dziecka. Na szeregu przypadków (zapalenie płuc, oskrzeli, róża i td.) wykazał autor, że towarzyszące gorączce objawy, jak niepokój, ból głowy, senność, wcale nie występowały przy zastosowaniu jego metody. Wprawdzie dzieci traciły przez to na wadze, ale zato po korzystnym przebiegu choroby i po zastosowaniu odpowiedniej dyety dzieci łatwo ten niedobór pokrywały, nawet z wyraźną nadwyżką. W końcu zauważa autor, że nie należy identyfikować nieprzymuszania dziecka do jedzenia podczas choroby gorączkowej, której towarzyszy brak apetytu, z głodzeniem człowieka zdrowego. Weissglas.

O. Heubner: **O przewlekłych nefrozach wieku dziecięcego** (Jahrbuch f. Kinderheilkunde II. 1. 1913). Na 17.000 chorych, przyjętych do kliniki berlińskiej Heubnera, cierpiało zaledwie 73 dzieci na przewlekłe nefrozy. Co do wieku, to najwięcej, bo $^{2}/_{3}$ dzieci przypadało na wiek szkolny (od 7—14 lat), najmniej na oseski (1 przypadek). Co do płci stosunek równy. — Najwięcej dzieci (30) cierpiało na przewlekłą krwotoczną nefrozę. Mocz u tych dzieci krwotoczny utrzymuje się całemi latami z małemi wahaniami, jest barwy czerwonej w różnych odcieniach, ilość dobowa mniejsza od prawidłowej, czasami jednak, zwłaszcza po lekarstwach, dochodzi i do 2 litrów. Białko waha się w stosunku do ilości moczu od 3—9‰ i wyżej. W osadzie liczne krwinki czerwone i białe, wałeczki najrozmaitsze, komórki stłuszczone i z nich złożone wałeczki. Ten rodzaj nefrozy odznacza się obrzękami. Podmiotowych objawów często w początkach przez długi czas nie ma. Ogromna większość tych chorych pozostaje nieuleczoną, a choroba kończy się po latach śmiercią albo wskutek mocznicy, albo ogromnych obrzęków i osłabienia serca, lub wtórnego zakażenia. Serce w tej postaci nefrozy zachowuje się różnie. Obraz anatomo-patologiczny makroskopowy: Powiększenie wskutek obrzęku substancyi korowej, na przekroju obraz w jednym przypadku podobny do pstrej nerki, poza tem barwy żółtej. Etyologia tego cierpienia najrozmaitsza. Zwraca uwagę to, że trzecia część dzieci była dotknięta limfatyzmem. — Drugą grupę stanowią nefrozy, różniące się od poprzedniej brakiem charakteru krwotocznego. Choroba rozpoczyna się niepostrzeżenie. Białko w moczu dochodzi do 14‰, barwa moczu żółta, czasem brunatna, zależnie od ilości dobowej. W osadzie mnóstwo wałeczków ziarnistych, nabłonki, komórki stłuszczone, liczne leukocyty i nieliczne krwinki czerwone. Ciśnienie krwi przeważnie w granicach prawidłowych. Trwanie tego rodzaju nefrozy krótsze, niż poprzedniej; najczęściej po kilku miesiącach wiedzie sprawa ta do śmierci. Obraz sekcyjny: nerka duża, biała, torebka napięta, substancya korowa na przekroju szersza, wiotka, jednostajnie żółta, lub nakrapiana. Leczenie w obu tych postaciach nefroz musi dążyć do chronienia ustroju od nowych zakażeń (usuwanie migdałków i t. p.), poza tem ogranicza się do leczenia objawowego. Leczenie klimatyczne (Egipt) nie daje wybitniejszych wyników. — Trzecią postacią jest, zresztą bardzo rzadka, bo przez H. raz spotkana,

t. zw. nefroza marska. — Rzadko również zdarza się nefroza, przyłączająca się do zapalenia miedniczek. Na 73 nefroz było ich tylko 6, wszystkie u dziewcząt. Najczęściej chodzi tu o zakażenie prątkiem okrężnicy; raz było tylko zakażenie paciorkowcem. Leczenie, jak przy przewlekłem zapaleniu miedniczek. — Piątą grupę stanowi postać nefrozy lekka, dawniej określana jako »paedonephritis levis«. Takich chorych było tylko 13, nie świadczy to jednak o rzadkości, bo tacy chorzy nie leczą się najczęściej i nie dochodzą do szpitali. Objawy zwykle nie zwracają uwagi na nerki, tembardziej, że nie ma obrzęków. W moczu białko dochodzi do $1^0/_{00}$, w osadzie szkliste i ziarniste wałeczki, leukocyty, a czasami przy zaostrzeniach, wywołanych chorobami zakaźnemi ostremi, krwinki czerwone. Postać ta mimo przebycia chorób zakaźnych nie przechodzi w postacie cięższe; występuje najczęściej po 6. roku życia. W etyologii znaczenie mają choroby zakaźne, zwłaszcza płonica. Sekcyjnie stwierdza się w tej nefrozie w substancyi korowej ogniskowe stłuszczenia, a w warstwie granicznej małe ogniska drobnokomórkowe. Wyleczenie zupełne rzadkie; w leczeniu trzeba ograniczyć się do strzeżenia ustroju przed zaostrzeniami, ustalić odpowiednie dyety i t. d. — Zbliżoną do poprzedniej grupy jest postać białkomoczu przemijającego. Zmiany w osadzie i białko ustępują czasem na kilka tygodni. Wyleczenie możliwe. — Z całego zestawienia wynika, że powodem nefroz przewlekłych w $^7/_{10}$ przypadkach są choroby zakaźne, tak jak i w ostrych zapaleniach nerek, ale nietylko choroby gośćcowe i wysypkowe, lecz drobne a częste zakażenia, jakie spotykamy zwłaszcza u dzieci dotkniętych limfatyzmem. Dodej.

R. Franz: **Czarna choroba** (melaena neonatorum) **leczona surowicą** (Münch. med. Wochenschr. Nr 53, 1912). Surowicę otrzymywał R. przez wypuszczenie krwi z pępowiny matki po oddzieleniu dziecka, odwirowanie i dodanie chloroformu. Surowicę wstrzykiwał w ilości 10—25 cm^3 podskórnie, wedle potrzeby nawet kilkakrotnie, nie widząc przytem nieprzyjemnych objawów ubocznych. Na podstawie pięciu przez siebie tą metodą leczonych przypadków, w których wynik leczenia był korzystny, sądzi autor, że należałoby ją w każdym przypadku czarnej choroby stosować. Dr J. Ld.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Z prac, przedstawionych na posiedzeniu w d. 3. marca 1913, wymienić należy przedstawioną przez czł. K. Kostaneckiego pracę p. Jeleńskiej — Macieszyny: »Drogi wychodzące ze wzgórków czworaczych przednich królika«.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 12 II. 1913.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, sekretarz Dr Zubrzycki. Obecnych członków 28.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz: **O własnej operacyi twardówkowej (sclerotomia cruciata superfic.), jej technice i wskazaniach** (Rzecz przdznaczona do druku).

W dyskusyi zabiera głos:

a) Prof. K. Majewski: Ponieważ prelegent, przedstawiając swoją metodę operacyjną, pominął, może z rozmysłu, szczegółową krytykę innych istniejących i zalecanych metod, przeto uważam za wskazane podnieść, z jakiem zadowoleniem musimy przyjąć pojawienie się skutecznej operacyi w dziale chirurgii ocznej, który obfituje w wielką liczbę pomysłów operacyjnych, właśnie dlatego, że żaden z nich dotąd nie zapewnia pomyślnych wyników. Chcę zatem wskazać, jak ważne miejsce w okulistyce operacyjnej powinna zająć »sclerotomia superficialis cruciata«. Chodzi tu przecież o zwalczanie jaskry, jednej z najgroźniejszych chorób oka, o której słusznie powiedziano, że jedni ślepną z niej bez operacyi, drudzy pomimo operacyi, a inni wskutek operacyi. W przypadkach jaskry pierwotnej ostrej i podostrej klasyczna irydektomia Graefego pozostanie zawsze chyba najlepszym i najpewniejszym zabiegiem operacyjnym. Ale istnieje cały szereg innych postaci jaskry, gdzie ona nietylko zawodzi w skutku, ale czasem nawet sprowadza fatalny zwrot w przebiegu choroby. Wymienię tu tylko z jednej strony jaskrę krwotoczną, a z drugiej ową jaskrę »prostą« (glaucoma simplex), która gasi wzrok bez bólów, zdradziecko, a nieubłaganie. Ileż to dotąd podano sposobów operacyjnych przeciw tej ostatniej właśnie postaci jaskry. Zawiedliśmy się jednak na wszystkich. Ani »sclerotomia anterior« Weckera, ani »sclerotomia posterior«, ani cyklodyaliza Heinego, ani sklerektomia, względnie irydosclerektomia Lagrangea, ani trepanacya twardówki Fergus-Elliota, nie spełniły pokładanych w nich nadziei. Widać z tego, jak ważną i jak przykrą lukę w chirurgii okulistycznej wypełni nowy, a szczęśliwy pomysł operacyjny, podany przeciw tym właśnie postaciom jaskry, wobec których dotąd staliśmy bezbronni. Tego spodziewamy się po operacyi, którą nam dziś Prof. Wicherkiewicz przedstawił.

b) R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz: Wstrzymałem się naumyślnie z krytyką innych zabiegów, podejmowanych przeciw jaskrze, raz dlatego, by nie wzniecić słusznego może zarzutu, jakobym ujmował pewnym zabiegom wartości, by wyższość własnego podnieść, a więcej jeszcze dlatego, że krytyka właściwa wymagałaby zbyt szerokiego traktowania rzeczy, której nie można ująć w jednym wykładzie. Zaznaczam jednak, że przeciw jaskrze zapalnej, ostrej, gdy powód jej prawie wyłącznie odnieść trzeba do przedniego odcinka gałki, uważam zawsze irydektomię jako zabieg najodpowiedniejszy, byle wykonany był właściwie, t. j. byleby operator cięcie zrobił odpowiednio obwodowe, a tęczówkę wyciął do jej połączenia z ciałkiem rzęskowem. Moja operacya może tu być tylko paliatywną, jeżeli z jakiegokolwiek powodu nie zdecydujemy się na irydektomię, n. p. dlatego, że chory okazuje się zbyt niespokojnym, przednia komora zbyt płytką, źrenica mimo użycia środków zwężających szeroką. Tu oczywiście irydektomia mogłaby stać się niebezpieczną, a w takich razach można ją poprzedzić sklerotomią krzyżową powierzchowną. Ścisłe określenie wskazań tej operacyi wymaga jeszcze wielu dalszych obserwacyi, bo doraźny skutek nie powinien wpływać rozstrzygająco na wyrok o wartości. To jednak już dziś twierdzić mogę, że »glaucoma simplex« będzie wedle mego przekonania tą chorobą, przeciw której moja operacya okaże się jedynie wskazaną, gdy inne raczej sprawę pogarszają, przyśpieszając tragiczny koniec oczu, tą chorobą dotkniętych. Przedstawiam Panom przypadek »glaucoma simplex« u górala, obserwowanego przezemnie od roku. Mimo stosowania pilokarpiny wzrok obniża się, a pole widzenia, jak wykreślenie wskazuje, jest już bardzo dośrodkowo ograniczone. Wczoraj zrobiłem sklerotomię krzyżową na lewem oku, a dziś już wzrok tego oka podniósł się, pole widzenia rozszerzyło się.

Gdy na zapytanie Dr Brudzewskiego, czy można doraźnie oznaczyć stopień napięcia, badano go tonometrem Schiötza, wynik wykazał, że napięcie prawego nieoperowanego oka może nieco niższe od lewego.

Wicherkiewicz tłómaczy ten objaw jako zupełnie na-

turalny, gdyż do prawego oka wyłącznie dziś jeszcze wpuszczono »pek« czyli pilokarpinę, ezerynę i kokainę, którato mieszanka ma tę własność, iż silnie napięcie obniża. Jednak nie jest to żaden środek leczniczy, lecz tylko symptomatyczny, żadnego zaś chorego nie doprowadzimy do tego, by go stale stosował. Na lewem oku utrzymuje się atoli napięcie, osiągnięte zaraz po operacyi, a dalej stale pod wpływem miesienia obniżać się będzie.

3) Nawiązując do preparatu mikroskopowego, przygotowanego przez Dra Kleczkowskiego, zaznacza prof. Wicherkiewicz, iż preparat pochodzi z chorego, który na jednem oku miał w obrębie szpary od miąska aż do rogówki ciągnącą się wyniosłość różową o nierównej powierzchni, mogącą uchodzić za brodawczaka. Mikroskopowy jednak obraz wskazuje na bardzo silny przerost nabłonka i wnikanie czopów jego do przerosłej tkanki łącznej, co odpowiada właśnie budowie owych znamiennych wyniosłości, jakie widujemy w przypadkach wiosennego nieżytu czyli **»phlyctaena pallida«**. Pokazuje się więc w tym przypadku niezwykle jednostronna postać tej choroby.

Przy tej sposobności zaznacza Wicherkiewicz rozmaite postacie, w jakich ta rzadka choroba spojówkowo-rogówkowa zachodzi, a dalej i to, iż kiedy u nas wedle statystyki stwierdzono od 0·2—0·7 pro mille wynoszącą częstość tego zjawiska, to wedle artykułu, niedawno umieszczonego w »Archivos de Ophthalmologia« Dra T. Busto w Hiszpanii, dochodzi częstość do 1·5 pro mille, co niewątpliwie zależne jest od silniejszej insolacyi w tym kraju południowym.

4) Dalej przedstawił prof. Wicherkiewicz przypadek **mięsaka barwikowego** podsiatkówkowego w nosowo górnej części, połączonego z odczepieniem siatkówki następowem ku dołowi i w kilku słowach wyjaśnił sposób rozpoznania różniczkowego.

5) W końcu prof. Wicherkiewicz, wytłómaczywszy pokrótce konstrukcyę najnowszego wielkiego **wziernika Gullstranda**, pokazał zastosowanie jego na przypadku **retinitis punctata albescens** i na rzadkim przypadku **guza kiłowego wewnątrzgałkowego** u chłopca, obciążonego dziedziczną kiłą. Guz ten kiłowy pokrywał z początku nerw wzrokowy i przylegającą część siatkówki, sięgając wypustką daleko poza plamkę żółtą. Po leczeniu nowym środkiem przeciwkiłowym Hallopeau, t. j. hektyną (przetwór arszenikowy) guz tak dalece zmalał, że tarczę i najbliższą część siatkówki widać już obnażone. Wziernikiem, umożliwiającym każdemu bez umiejętności wziernikowania rozpoznać nastawioną część dna oka, stwierdzić było można z łatwością guz jasno-szary, nieregularnie okrągły, zalegający okolicę plamki żółtej. W miarę zmniejszania się guza poprawia się wzrok. Dr J. Zubrzycki, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 8. I 1913

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1) Przewodniczący przypomniał obecnym uchwałę, powziętą na jednem z zeszłorocznych posiedzeń Zarządu, a dotyczącą niestowarzyszonych kolegów, uczestniczących w posiedzeniach Towarzystwa.

2) Po przeczytaniu przez sekretarza sprawozdania z ostatniego posiedzenia Towarzystwa i z działalności Towarzystwa za rok ubiegły i po wysłuchaniu sprawozdań skarbnika i bibliotekarza balotowano i przyjęto w poczet członków czynnych Towarzystwa kolegów: L. Pinkusa, Gromskiego, Wolfsona, Eisnera, Brabandra, Dutkiewicza i Litmanowicza.

3) Przystąpiono do wyborów członków Zarządu. Na przewodniczącego wyborom powołano kol. Skalskiego który na asesorów zaprosił kolegów: Kolińskiego i Langego, a na sekretarza kol. Kaufmana.

Wynik wyborów (glosujących 55): prezesem wybrano kol. A. Kruschego, wiceprezesem S. Sterlinga, sekretarzem I E. Sonenberga, sekretarzem II A. Tomaszewskiego, skarbnikiem H. Trenknera, bibliotekarzem I Z. Prechnera, bibliotekarzem II H. Goldberga. Do komisyi bibliotecznej wybrano przez aklamacyę kolegów; M. Cohna, Goldmana i Trenknera. Również przez aklamacyę wybrano do komisyi rewizyjnej kolegów: Litauera, Kolińskiego i Solca.

4) Ponownie wybrano wybalotowanych 2 asesorów sądu, kolegów: I. Michalskiego i Grabowskiego. Członkiem zastępcą wybrano kol. Garlicką.

5) Wniosek kol. Kaufmana w sprawie odczytywania na zebraniach rocznych sprawozdań po wybraniu prezydyum ogólnego zebrania, a nie przed wybraniem, jak dotychczas, uchwalono przekazać do rozpatrzenia Zarządowi.

Posiedzenie z dnia 22. I. 1913

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1) Kol. J. Michalski pokazał przypadek **jaglicy ze zwyrodnieniem skrobiowatem.**

2) Kol. Klozenberg przedstawił rodzeństwo dotknięte **mikrocefalią**, chłopca $2^1/_2$ r. i dziewczynkę mającą 3 miesiące z obwodami główki 88 i 32 cm., zrodzone z rodziców zdrowych, ze sobą nie spokrewnionych, nie oddających się pijaństwu. Matka podczas ciąży zdrowa, porody prawidłowe, miednica wykazuje tylko nieznacznie zwężoną sprzężną przekątną. Ojciec nie pije, przymiotu nie było, więcej dzieci nie było. Badanie krwi co do odczynu Wassermana będzie dokonane. Matka zapytuje, czy wolno jej jeszcze wydawać na świat potomstwo.

3) Kol. Pański przedstawił przypadek okresowo występujących **natrętnych myśli samobójczych.** Mężczyzna, 28 lat, żonaty, ma jedno dziecko, po którem żona roniła dwukrotnie z przyczyn niewiadomych; do kiły nie przyznaje się; rodzina zdrowa; samobójstwa się w rodzinie nie zdarzały. Chory skarży się, iż okresowo występują silne bóle głowy i zawroty, trwające jedną lub dwie doby; w następstwie pojawiają się idee samobójcze, bezustannie dręczące chorego w przeciągu tygodnia lub dłużej. Cierpienie trwa już przeszło 8 lat. W odstępach pomiędzy napadami chory pracuje, nie prześladowany żadną myślą chorobliwą. Myśli natrętne, których treścią jest zawsze samobójstwo, występują obecnie u chorego coraz częściej, natomiast przerwy pomiędzy napadami są coraz krótsze. Myśl o pozbawieniu się życia przez powieszenie wystąpiła po raz pierwszy, gdy w obecności chorego opowiedziano szczegółowo o samobójstwie, dokonanem przez jednego ze znajomych chorego. Chory inteligentny nie wykazuje żadnych zboczeń pod względem psychicznym, wie, iż myśli jego są chorobliwe, obawia się jednakże, iż kiedyś myśli takiej ulegnie. U chorego stwierdziłem: zbytnio wypukłe gałki oczne; lewa źrenica szersza niż prawa, obydwie niezupełnie okrągłe, oddziałują dobrze na światło; czucie bólowe na prawej połowie twarzy, na prawej dłoni i wogóle na prawej połowie ciała większe, niż po stronie lewej; odruch brzuszny dolny prawy słabszy; odruch jądrowy prawy słabszy niż po stronie lewej; tarcze nerwów wzrokowych bez zmian; badanie krwi jeszcze dokonane nie zostało. Rozpoznanie nie jest łatwe. Czy można napady myśli natrętnych poczytywać za zwiastuny organicznego cierpienia mózgu (p. p.), którego przejawami były przytoczone powyżej objawy, orzec trudno; wydaje się to jednakże bardzo wątpliwem. Obraz chorobowy imituje cierpienie czynnościowe, którego przebieg składa się z okresów naprzemian przygnębienia z myślami samobójczemi i pełnego zdrowia.

4) Kol. Gromski wypowiedział rzecz p. t. **O zaburzeniach czynnościowych wątroby w przebiegu płonicy.** Oto treść odczytu: Zaburzenia czynnościowe wątroby w przebiegu chorób zakaźnych wogóle, w szczególności zaś w przebiegu płonicy, nie należą do rzadkości. Stwierdzają to liczne badania anatomiczne i doświadczenia kliniczne, opisywane przez wielu autorów. Jednym z pewnych sposobów rozpo-

znawczych jest tak zwana urobilinurya (wzmożone wydzielanie urobiliny wraz z moczem) i lewulozurya pokarmowa. Badania prelegenta odnoszą się do 25 przypadków, a streszczają się w następującem: urobilinurya w płonicy jest wyrazem niedomogi wątroby, której źródło leży w schorzeniu tego narządu, zależnem od działania bakteryi chorobotwórczych. Urobilinurya i lewulozurya dają możność kontrolowania stopnia zaburzeń wątrobnych. Wreszcie stwierdzanie dwóch powyższych objawów wyświetlić nieraz może gwałtowne pogorszenie stanu chorego bez wyraźnych powodów.

W dyskusyi wzięli udział koledzy Trenkner i Osiecki. — Kol. Trenkner zapytuje się, czy wzmożona ilość urobiliny bywa tylko w ostrych okresach cierpienia, czy też i po przejściu okresu ostrego? — Prelegent odpowiada, że tylko w ostrym, gdy okres ostry przechodzi, zjawisko to znika. W nawrotach płonicy, a mianowicie w burzliwym okresie nawrotów, również daje się spostrzegać wzmożone wydzielanie się urobiliny w moczu. W ostrym więc okresie płonicy istnieje pewna predylekcya do wciągania wątroby w sprawę chorobową.

5) Kol. Klozenberg przedstawił **preparaty**: a) mózgu 48 l. m., który został dostarczony do szpitala w stanie nieprzytomnym z ciepłotą 38°,5, z prawostronnym objawem Babińskiego, z obrzękiem lewego wyrostka sutkowego bez zmian na dnie oka. Trepanacya dokonana przez kol. Rozenblata wykazała zakrzep zatoki, po usunięciu którego wylała się obfita ilość ropy. Chory zmarł nazajutrz. Autopsya wykazała ropne zapalenie opony miękkiej na powierzchni wypukłej i podstawie mózgu i **ognisko rozmięknienia** w dolnym zwoju skroniowym lewym.

b) Mózg 39 l. mężczyzny, który we wrześniu r. z. miewał silne bóle głowy z wymiotami, okazywał osłabienie inteligencyi, przed 15 l. uległ urazowi w lewą połowę czoła, po którym pozostała blizna. Objektywnie p = 52—56, słabe oddziaływanie źrenic na światło, brodawka zastoinowa obustronna, poza znaczną desoryentacyą i osłabieniem intelektu. Kol. Justman, który chorego wtedy miał w swej pieczy, przypuszczając z objawów powyższych sprawę urazową w zrazie czołowym, zakwalifikował chorego do trepanacyi, co też zostało w I okresie przez kol. Ewarysta Jasińskiego 27. XI. 1912 dokonane. Chorego po raz pierwszy widziałem 14. XII. 1912. Stan przedmiotowy mało co się różnił od wyżej podanego. II okres operacyi, dokonany 16. XII 1912, rzucił więcej światła na rozpoznanie, gdyż wydobyte zostały 3 pęcherzyki, które okazały się **wągrami** Stan chorego po operacyi pogarszał się stopniowo chory przy objawach zupełnej utraty przytomności i podniesieniu ciepłoty zmarł 5. I. 1913. Na sekcyi, która niestety musiała się ograniczyć tylko do wyjęcia **mózgu**, znaleziono wągry rozsiane podoponowo w szarej istocie mózgu, mniej ich było w białej, sporo w komorach bocznych; te komory, znacznie rozszerzone, zawierały dużo płynu, powierzchnia wyściółki w lewej komorze chropawa (ependymitis ventricularis?).

c) Mózg 27 l. panny, która od sierpnia r. z. cierpiała na bóle głowy z wymiotami, postępującem osłabieniem wzroku (brodawki zastoinowe z wybroczynami, wysiękiem), lewostronnym niedowładem VI i VII, drżeniem oczu l. k. g. i drgawkami klonicznemi napadowemi, poczynającemi się w pr. k. g. i przechodzącemi w ogólne, przy odczynie Wassermana ujemnym. Przypuszczając sprawę uciskową w okolicy lewej półkuli mózgu, lub drogach móżdżkowych, zakwalifikowano chorą do trepanacyi dekompresyjnej w okolicy potylicznej, co też przez kol. Ewarysta Jasińskiego dokonanem zostało. Podczas operacyi silne krwawienie z zatoki, które dopiero przez ucisk zostało zatamowane. Przebieg pooperacyjny wskutek ciągłego upływu płynu mózgordzeniowego nader niepomyślny. Chora nie dożyła II okresu operacyi. Na sekcyi znaleziono rzeczywiście **glejaka** wielkości orzecha włoskiego w lewej szypułce móżdżku (crux cerebelli ad corpora quadrigemina). E. Sonenberg.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 16. XI. 1912.

I. Kol. Markowski: **O wartości wstrzykiwań podspojówkowych jodku potasu w rozpoczynającej się zaćmie.** Chcąc przekonać się o wartości tej metody leczniczej, zaleconej w ostatnich czasach przez Verdereau, Dufaura, Pflugka, Pomala i innych, stosował ją referent w 5 przypadkach rozpoczynającej się zaćmy starczej korowej bez powikłań. W pierwszym przypadku po 12 wstrzyknięciach bystrość wzroku podniosła się z $^5/_{10}$ na $^5/_6$ (z trudnością). 12 wstrzykiwań następnych bez żadnego skutku. W zmętnieniu soczewki nie widać dostrzegalnej zmiany. W drugim przypadku po 10 wstrzyknięciach bystrość wzroku zmniejszyła się, w prawem oku o połowę, w lewem z $^5/_{10}$ na $^5/_{15}$. Po każdem wstrzyknięciu, silny odczyn i ból. W trzecim i czwartym przypadku po kilkunastu wstrzyknięciach (10 w jednym, 18 w drugim) bystrość wzroku podniosła się z $^5/_{10}$ na $^5/_6$. Zmętnienie soczewek trochę się wyjaśniło. W piątym przypadku po 20 wstrzyknięciach bystrość wzroku podniosła się z $^6/_{12}$ na niecałe $^6/_6$. Zmętnienie soczewki bez zmiany. Do wstrzykiwań używano: Kalii jodat. 0,2 Natrii chlor. 0,2, aq. dest. 10,0«. Wstrzykiwania dokonywano w odstępach czasu możliwie krótkich. Początkowo pół strzykawki, za trzecim razem cała strzykawka gramowa. W celu zmniejszenia bólu podawano akoinę z kokainą. Bezpośrednio przed wstrzyknięciem znieczulano spojówkę 5% rozczynem kokainy. Na zasadzie powyższych spostrzeżeń referent sądzi, że ten sposób leczenia zaćmy zasługuje na uwagę lekarzy i dalsze badania.

W dyskusyi kol. Biegański i Edward Kohn zapytują kol. Markowskiego, dlaczego wstrzykiwania jodku potasu wywierają wpływ lepszy od wkraplań i czy wobec drażniących własności tego środka nie spostrzegano groźniejszych dla oka powikłań. — Kol. Markowski odpowiada, że prawdopodobnie po wstrzyknięciu jodek potasu łatwiej przenika do soczewki. Objawy odczynu nie są groźne dla oka i najczęściej na drugi dzień ustępują bez śladu.

II. Kol. Perłowski przedstawił chorego l. 32 z **kilakiem mózgu**. Chory zgłosił się przed miesiącem z powodu silnych bólów głowy, trwających już od kilku tygodni, braku łaknienia i osłabienia ogólnego. Przy badaniu zauważono utrudnienie mowy. Po kilku dniach bóle głowy wzmogły się znacznie, stan nawpół przytomny. W narządach wewnętrznych zmian niema. C. 38,2°, tętno 100. Po 4 dniach poprawa. Inteligencya w dniu pokazu upośledzona, chory »mówi nie do rzeczy«. Dno oka i oddziaływanie źrenic prawidłowe. Porażeń mięśni ocznych niema. Odczyn Wassermana dodatni.

W dyskusyi kol. Biegański wyłącza guz i zapalenie krwotoczne mózgu i oświadcza się za kiłą.

III. Kol. Rozenfeld przedstawił dziewczynkę czteroletnią z **pląsawicą i atetozą wrodzoną**. Dziecko urodziło się w 8. miesiącu ciąży. Karmione było piersią do końca drugiego roku. Mając 3 lata, z trudnością mogło się utrzymać na nóżkach. Ząbkowanie znacznie opóźnione. Uwagę rodziców dosyć wcześnie zwróciły dziwne ruchy rączek i nóżek. Stan obecny: wzrost mały, nie odpowiadający wiekowi, odżywienie średnie, w układzie kostnym zgrubienia, właściwe krzywicy, wyraz twarzy świadczy o pewnem upośledzeniu władz umysłowych. Siła mięśniowa kończyn prawidłowa. Porażeń, sztywności niema. W mięśniach kończyn tułowia i głowy częste kurcze kloniczne, które przeszkadzają wykonywaniu ruchów celowych. Dziecko nie może jeść samo, karmi je matka. W palcach rąk, zwłaszcza prawej, ruchy atetotyczne. Chód nieprawidłowy. Dziecko często traci równowagę, zatacza się, upada Źrenice i ich oddziaływanie prawidłowe. Odruchy ścięgniste bardzo osłabione, prawie zniesione. Objawu Babińskiego niema. Czułość skóry na kończynach dolnych jakgdyby nieco zmniejszona. Rozpoznanie: pląsawica i atetoza wrodzona, która jest zapewne następstwem niedokształcenia mózgowia wskutek

przedwczesnego porodu. Od choroby Littléa przypadek ten różni się brakiem odruchów kolanowych i sztywności mięśni.

W dyskusyi opisuje kol. Biegański trzy postacie choroby Littléa i dochodzi do wniosku, że zespół objawów w przypadku przedstawionym odpowiada poniekąd tej postaci, która powstaje wskutek niedokształcenia dróg piramidalnych i braku otoczek myelinowych we włóknach nerwowych. Rokowanie niepomyślne, choroba kończy się często niedołęstwem umysłowem.

Posiedzenie z dnia 30. XI. 1912.

I. Kol. Rozenfeld przedstawił chorą l. 24 z niewyjaśnionem bliżej **cierpieniem mózgu**. Choroba rozpoczęła się przed rokiem bólem głowy i wymiotami. Objawy te po 4 dniach ustąpiły i chora przez cały rok czuła się względnie zdrową. Od 2 miesięcy chora miewa co kilka dni silne bóle głowy, którym często towarzyszą wymioty. Jednocześnie wystąpiła pewna trudność w chodzeniu i mowie. Stan obecny: Odżywienie złe, ciepłota prawidłowa, tętno 70, brak zmian wyraźnych w narządach wewnętrznych, w moczu niema białka i cukru, błona dziewicza w całości, odczyn Wassermana ujemny. Siła mięśniowa kończyn górnych i dolnych prawidłowa, brak porażeń, sztywności. Chód niepewny, chwiejny, chora często się zatacza. Chodzi z trudnością z zamkniętemi oczami i w ciemnym pokoju. Przy wykonywaniu ruchów celowych ślad bezładu w kończynach górnych, zwłaszcza w prawej. Mowa niewyraźna, z odcieniem nosowym, chora się zacina i rozdziela zgłoski. Źrenice z obydwu stron jednakowe, bardzo słabo oddziałują na światło, dobrze na przystosowanie. Zastoiny na tarczy nerwów wzrokowych niema. Odruchy ściegniste prawidłowe. Niema zaburzeń czucia. W rozpoznaniu kol. Rozenfeld wyłącza histeryę, kiłę, guz mózgu, wiąd rdzenia i stwardnienie wieloogniskowe. W obecnym okresie choroby bliższe jej określenie jest bardzo trudne.

W dyskusyi zaznacza kol. Biegański, że w tym przypadku nie można napewno wyłączyć stwardnienia wieloogniskowego, które jest zbiorem najrozmaitszych objawów, właściwych nieraz różnym sprawom układowym rdzenia i mózgu. Za tem rozpoznaniem przemawiają między innemi okresowe bóle głowy. Z wielkiem prawdopodobieństwem można wyłączyć guz mózgu, napewno wiąd rdzenia. — Kol. Wacław Kohn zapytuje, czy nakłucie lędźwiowe nie mogłoby dać jakichkolwiek wskazówek rozpoznawczych. — Kol. Rozenfeld odpowiada kol. Biegańskiemu, że rozpoznanie stwardnienia wieloogniskowego wydaje mu się nieusprawiedliwione z powodu braku najważniejszych, klasycznych objawów tej choroby, kol. Kohnowi, że badanie cieczy mózgowordzeniowej przy cierpieniach ogniskowych mózgu nie daje żadnych wskazówek rozpoznawczych, a w dodatku przy guzach na podstawie mózgu nakłucie lędźwiowe może być niebezpieczne dla życia chorego.

II. Kol. Stefan Kohn: **O rozpoznawaniu i leczeniu wiewióra u kobiet.** Przed rozpoczęciem leczenia powinno być wykonane ścisłe badanie bakteryologiczne. Wydzielinę zbieramy łyżeczką cewkową Ascha lub odpowiedniemi kleszczykami, wprowadzonemi do szyjki macicznej. Wskutek bezpośredniego zetknięcia się z wydzieliną męzką szyjka maciczna zakaża się pierwotnie, cewka moczowa wtórnie pod wpływem wydzielin, spływających z pochwy. Leczenie rozpoczynamy od błony śluzowej macicy i w miarę możności ochraniamy cewkę moczową od zarażania się wydzieliną macicy i pochwy. Doskonałe usługi oddaje pod tym względem tamponowanie pochwy. W leczeniu błony śluzowej macicy w ostatnim czasie stosowane są przetwory jodowe: 6% jodvasogen i 12% jothion z oliwą. Do wprowadzania tych środków używane są pałeczki Pagenstechera i Sangera. Przy zapaleniu przydatków właściwe leczenie można rozpocząć dopiero po ustąpieniu objawów ostrych. Leczenie zachowawcze polega na stosowaniu tamponów z gliceryną, powietrza gorącego i przepłukiwań pochwy. Przy długotrwałem zapaleniu przydatków, doszczętne wyłuszczenie obydwóch jajników i jajowodów z odcięciem trzonu macicy. O wyleczeniu zupełnem stanowić może tylko dokładna obserwacya chorej. Żeby przekonać się o nieobecności drobnoustrojów, trzeba zrobić w różnych odstępach czasu 8 preparatów sprawdzających. Rzadziej trzeba uciekać się do hodowli zarazków. Leczenie wiewióra u ciężarnych połączone jest z obawą wywołania poronienia. Po czwartym miesiącu należy leczenie przerwać i ograniczyć się tylko do leczenia cewki. Stosowane są wstrzykiwania 2% maści alumnolowej. Baczniejszą uwagę powinno się zwracać na odbytnicę, która w 30% bywa zakażoną. W celach leczniczych można stosować wstrzykiwanie maści alumnolowej, lapisowej lub izoformowej. W przypadkach przewlekłych od niedawna zaczęto stosować surowicę i szczepionkę swoistą. Dodatnie wyniki spostrzegano przy zapaleniu stawów, najądrzy i sterczu.

W dyskusyi podnosi kol. Wacław Kohn, że badanie drobnowidowe preparatów nie daje zupełnej pewności w rozpoznawaniu. Przeprowadzenie hodowli i wyodrębnienie dwoinek tryprowych jest również bardzo trudne. Co się tyczy szczepionek, powinny być one przygotowywane z drobnoustrojów każdego chorego. — Kol. Perłowski, opierając się na spostrzeżeniach Schmidta i Dębskiej, sądzi, że szczepionki należałoby również stosować przy sprawie miejscowej, przy zapaleniu błony śluzowej macicy i przydatków. Dębska podaje około 80% wyleczeń. — Kol. Biegański mówi o wielkiem znaczeniu społecznem poruszonej w referacie sprawy. — Kol. Rozenfeld mówi o trudnościach leczenia systematycznego w praktyce uboższej. Trudność tę potęguje jeszcze konieczność równoczesnego leczenia mężczyzn. — Kol. Łokczewski wątpi, czy badanie nasienia co do dwoinek tryprowych może mieć wartość praktyczną. Następnie zapytuje, czy w leczeniu trypra u kobiet stosowane są drożdże. — Kol. Stefan Kohn odpowiada kol. Wacławowi Kohnowi, że mimo braku bezwzględnej pewności, badanie preparatów, rzadziej przygotowywanie hodowli, pozostanie najważniejszym sprawdzianem wyleczenia. Błędu uniknąć można, ponieważ wymagalnem jest wykonanie przynajmniej 8 badań sprawdzających. Odpowiadając kol. Perłowskiemu, referent powątpiewa o skuteczności szczepionek w sprawach miejscowych. Niewiadomo, co Dębska i Schmidt uważają za probierz wyleczenia zupełnego. W odpowiedzi kol. Rozenfeldowi podnosi referent, że trudności praktyczne leczenia systematycznego łatwo dają się zwalczyć w lecznicach, urządzonych odpowiednio. Koszta leczenia klasy uboższej w Niemczech ponoszą kasy chorych. Kol. Łokczewskiemu referent odpowiada, że czasami mimo braku drobnoustrojów w wydzielinie cewki i sterczu, odnajdywano je w nasieniu. W tych razach, chcąc uchronić kobiety od ciągłego zarażania się, możnaby leczyć mężczyzn szczepionką. Drożdże mogą mieć zastosowanie wówczas, jeżeli przestrzykiwania pochwy są bolesne lub niewłaściwe z powodu zapalenia przydatków. Karol Rozenfeld.

Sprawy sanitarne w Sejmie 1913.

I.

Sprawozdanie Departamentu V. Wydziału krajowego z I półrocza 1912.

(Ciąg dalszy).

Przechodząc do właściwego sprawozdania, rozpoczyna Departament V. od przedstawienia zmian, jakie zaszły od 30. XI. 1911 do 30. VI. 1912 w szpitalach stołecznych i prowincyonalnych.

W krajowym szpitalu we Lwowie miał gmach kliniki dermatologicznej, od paru lat ukończony, ale nie urządzony, otrzymać instalacye mechaniczne do d. 1. października 1912, ponieważ nareszcie doszło do porozumienia co do podziału ko-

sztów tych urządzeń między rząd a kraj i Wydział krajowy mógł zarządzić wykonanie robót tych kosztem 94.635 kor. Klinika będzie mogła być otwarta w r. 1913, jeżeli do tego czasu wykończone zostanie wewnętrzne urządzenie kliniki i centralna kotłownia dla wszystkich klinik, której plany były w połowie 1912 r. w opracowaniu w Namiestnictwie. Koszt kotłowni wynosić ma 167.000 k. Planów ani kosztorysów dalszych klinik do połowy r. 1912 Wydział krajowy nie otrzymał, choć już w styczniu oznajmiło mu Namiestnictwo, że są one co do wszystkich klinik (okulistycznej, laryngologicznej i neurologicznej) częścią ukończone, częścią na ukończeniu. Krajowy zakład zakaźny z powodu nieukończenia na czas robót mechanicznych nie mógł być otwarty, jak zamierzano, na wiosnę 1912 (nastąpiło to, jak wiadomo, dopiero niedawno). Będąca w toku rekonstrukcya pralni miała się ukończyć z wiosną 1913, poczem podjęta będzie rekonstrukcya kuchni. Z drobniejszych robót wykonano w r. 1912 urządzenie pracowni bakteryologicznej, zaadaptowano suteryny pawilonu położniczego na pomieszczenie ciężarnych, służby itp. Za konieczną w najbliższej przyszłości uważa Wydział kraj. większą rekonstrukcyę oddziału położniczo-ginekologicznego dla celowego rozkładu sal operacyjnych, izolacyi części zakaźnej i usunięcia przepełnienia. (Mimowoli nasuwa się tu uwaga, że przecież gmach ten należy do najnowszych i mimo to ma doznać większej rekonstrukcyi, gdy fatalnie pomieszczony oddział położniczy w Krakowie od kilkunastu lat napróżno czeka na odpowiednie pomieszczenie). Oddział zakaźny szpitala dziecięcego św. Zofii ma być przekształcony na oddział dla osesków z chwilą otwarcia krajowego zakładu zakaźnego. (Sprawa ta była przedmiotem żywej polemiki w prasie lekarskiej ze stanowiska interesów uniwersytetu i szpitala dziecięcego, jako całości). Wreszcie stosownie do uchwały Sejmu rozpoczął Wydział krajowy przygotowania do jaknajrychlejszej gruntownej rekonstrukcyi i modernizacyi całego szpitala lwowskiego, a gdy z dokonanych zdjęć technicznych okazało się, że obecne terytoryum szpitalne jest na odpowiednie rozszerzenie, a nawet na obecny etat łóżek za małe, przeto uważa Wydział kraj. za konieczne dokupienie w sąsiedztwie około 16.000 m² gruntu, zajętego obecnie przez baraki wojskowe i w tym celu rozpocznie z wojskowością rokowania.

O k r a j o w y m s z p i t a l u ś w. Ł a z a r z a w K r a k o w i e oznajmia Wydział krajowy Sejmowi na pierwszem miejscu, że rząd postanowił wybudować klinikę położniczą osobno (co ostatecznie przecięło toczące się od lat kilkunastu rokowania o budowę kliniki razem z krajowym domem porodowym wspólnym kosztem); natomiast ma być w przyszłym krajowym domu porodowym pomieszczona rządowa szkoła położnych i dla rokowań w tym względzie miała się w r. 1912 odbyć konferencya. (Od tego czasu głucho jednak o tej sprawie). Co do rekonstrukcyi szpitala, to Sejm upoważnił w lutym 1912 Wydział krajowy (przez zatwierdzenie sumaryczne w czasie obstrukcyi ruskiej uchwał komisyi budżetowej) do rozpoczęcia w r. 1913 kosztem 920.222 kor. przebudowy obu pawilonów chorób wewnętrznych, kuchni i pralni, oraz odnowienia fasad budynku poklasztornego i kościoła, a Wydział krajowy zamierzał roboty te rozpocząć z wiosną 1913 (na co wobec niedawnych skreśleń w budżecie zapewne się nie zanosi). W sprawie szpitala dla dzieci św. Ludwika odrzucił Wydział krajowy ofertę Towarzystwa opieki szpitalnej co do zakupienia lub wydzierżawienia gmachu tego szpitala przez kraj, a to, stając »na pierwotnie w tej sprawie zajętem stanowisku, które przedstawił Sejmowi szczegółowo« w sprawozdaniu poprzedniem (t. j., że Towarzystwo, o ile nie może lub nie chce nadal prowadzić szpitala, ma obowiązek oddać go krajowi sposobem darowizny; stanowisko, które trudno uznać za słuszne, choćby ono było prawniczo uzasadnione, a które sprawiło, że rzecz cała poszła na tory zarówno dla kraju, jak dla dotychczasowego szpitala św. Ludwika zgoła niepomyślne). Odpowiednie pomieszczenie dzieci, leczonych kosztem funduszu krajowego, »będzie we właściwym czasie« — według sprawozdania — »przez Wydział krajowy stosownie załatwione«. (Tu nasuwają się wątpliwości co do »stosownego« załatwienia, a to z powodu nagłości tej sprawy i koniecznego przez to, a niekorzystnego prowizoryum, co szczegółowiej uzasadniłem w artykule »W sprawie szpitala św. Łazarza«). Wreszcie co do zakładu zakaźnego w Krakowie podaje Wydział krajowy do wiadomości Sejmu, że gmina miasta Krakowa g o t o w a jest ofiarować na ten cel 5 morgów gruntu na Prądniku białym, pod warunkiem rozpoczęcia przez kraj w ciągu roku budowy szpitala na 200 łóżek i że Wydział krajowy sprawę tę zamierza zbadać, a potem Sejmowi stosowne wnioski przedstawi.

W z a k ł a d z i e o b ł ą k a n y c h w K u l p a r k o w i e zamierzone było stosownie do uchwały Sejmu z 14. II. 1912 zaprowadzenie z wiosną 1913 kosztem 83.000 kor. instalacyi elektrycznej, której roczne koszta obliczano na 32.413 kor. Celem zaś zaopatrzenia Kulparkowa we własny wodociąg (wodociąg miejski lwowski, dotychczas zaopatrujący Kulparków, dostarcza wody zbyt mało), wyszukano odpowiednie źródło w sąsiedztwie zakładu z wydajnością 10 litrów na sekundę, które w ciągu roku 1912 miało być zakupione. Koszt wodociągu obliczono w przybliżeniu na 280.000 kor. Wreszcie również na podstawie uchwały Sejmu zażądał Wydział krajowy od Magistratu lwowskiego dostarczenia większej ilości wody z wodociągu miejskiego, zanim Kulparków posiądzie wodociąg własny; okazało się przytem, że miasto dostarcza już do Kulparkowa zamiast pierwotnie ugodzonych 120 m³ na dobę, 287 m³ (co jednak także nie wystarcza), a gotowe jest dostarczyć więcej, jeżeli kraj zbuduje nowy rurociąg z miasta do zakładu. Wtedy jednak kosztowałaby woda dla Kulparkowa 65.000 kor. rocznie, gdy z własnego wodociągu kosztować będzie tylko około 36.500 kor.

W prowadzeniu zakładu poczynił lub projektuje Wydział krajowy kilka bardzo doniosłych, a oddawna pożądanych zmian. Przedewszystkiem urządzono w listopadzie 1911 po raz pierwszy sześciomiesięczny kurs pielęgnowania umysłowo chorych dla SS. Miłosierdzia, kierowany przez Dr Kohlbergera, dyrektora zakładu, a postanowiono corocznie urządzać kursa powtarzające. Zorganizowano również kursa dla służby oddziałowej. W osobnem sprawozdaniu wnosi Wydział krajowy poprawę płac i zwiększenie personalu lekarskiego w Kulparkowie. Według tego wniosku przybyłoby tam 2 ordynaryuszy i 2 sekundaryuszy, tak że lekarzy wogóle byłoby 17 (co wobec 1836 chorych wcale jeszcze nie jest zadużo), płaca prymaryuszy wzrosłaby z 3400 na 4000, ordynaryuszy z 2100 na 2600, sekundaryuszy z 1500 na 1900 kor., ci lekarze, którzy nie otrzymują mieszkania w naturze, dostaliby dodatki aktywalne po 1000 kor., wliczalne po 20 latach służby do emerytury. Równocześnie wnosi Wydział kraj. pomnożenie i poprawę płac urzędników w Kulparkowie. W temże sprawozdaniu wnosi Wydział przyznanie dodatków prymaryuszowi-okuliście (1100 kor.) w Krakowie, prymaryuszowi i sekundaryuszowi oddziału zakaźnego (po 1000 kor.) w Krakowie i rentgenologowi (600 kor.) we Lwowie, proponując także zastosowanie statutu emerytalnego dla urzędników Wydziału kraj. do całego personalu szpitali krajowych w Krakowie, Lwowie i zakładu w Kulparkowie. W zakresie administracyjnym uzyskał Wydział krajowy poważne oszczędności przez urządzenie własnej rzeźni i masarni w Kulparkowie, co okazało się tak korzystne, że z tej rzeźni zaopatrywano w mięso częściowo także szpital lwowski, dalej przez czas pewien, aż do obniżenia ceny przez rzeźników w Stanisławowie i Kołomyi, oba tamtejsze szpitale, a w końcu nawet szpital krakowski do maja 1912. Od maja zaś poczęto dla szpitala krakowskiego bić bydło w rzeźni miejskiej krakowskiej we własnym zarządzie. Ogólny zysk na tych przedsiębiorstwach wynosił za 7 miesięcy (do końca lipca 1912) około 46.000 kor.

Osobne sprawozdanie z postępów b u d o w y z a k ł a d u o b ł ą k a n y c h w K o b i e r z y n i e (z datą 6. IX. 1912) oznajmia Sejmowi, że z 45 budynków tego zakładu 34 jest już pod dachem, 6 zbudowanych, ale jeszcze dachem nie nakrytych, budowa reszty rozpoczęta; część budynków już wytynkowano, kilka zupełnie wykończa się; dalej wykonano znaczną część robót drenarskich, kanalizacyjnych, instalacyi mechanicznych i robót drogowych i ogrodniczych. Pewne opóźnienie robót miało przyczynę w początkowym braku wody do budowy. Ukończenie budowy zapowiada Wydział krajowy na koniec r. 1913.

(Dok. nast.).

Fundacya konkursowa ś. p. Dra Michała Zieleniewskiego.

Do nader dotąd nielicznych i skromnych fundacyi konkursowych, zmierzających do poparcia badań i prac naukowych lekarskich, przybyła przed laty kilkunastu jedna, a pierwsza i jedyna dotychczas, mająca na oku rozwój badań balneologicznych. Fundacya ta obecnie wchodzi w życie.

Ś. p. Dr Michał Zieleniewski, nadzwyczaj zasłużony pracownik na polu balneologii polskiej, postanowił w rozporządzeniu ostatniej woli z d. 24 kwietnia 1895, co następuje:

»Dla Akademii Umiejętności w Krakowie zapisuję, daję i daruję kwotę 10.000 złot. reń. w. a., wyraźnie dziesięć tysięcy

złot. reń. w. a., w $4^1/_2$% listach zastawnych galicyjskiego akcyjnego Banku hipotecznego, od którego to kapitału zakładowego coroczną całkowitą prowizyę Akademia Umiejętności zechce używać i wyłącznie przeznaczać na nagrodę za prace, poświęcone ściśle naukowemu badaniu i opisowi rodzimych wód mineralnych polskich, czyby owe prace ogłaszane były przez Akademię Umiejętności, jako konkursowe zadania na nagrodę lub czyby ich treść dowolnie przez ich autora obraną była, a Akademii Umiejętności w rękopisie lub w druku przedłożoną została wraz z chęcią ubiegania się autora o odnośną nagrodę. Zadania dotyczące wspomnianego konkursu mają mieć za przedmiot naukowe zbadanie i opis nie pojedynczych źródeł naszych wód mineralnych, ale całych działów wód lekarskich polskich, jako to: szczaw, wód siarczanych, żelazistych i t. d. Zaliczki na zamierzone tego rodzaju badania, na podróże w tym celu przedsiębrać się mające i t. p. wydatki nie mogą być udzielane z niniejszego funduszu — jedynie dokonane i gotowe odnośne wypracowania mają być wynagrodzone. Nadto stanowię, aby Akademia Umiejętności w lat dwadzieścia od daty wydania w r. 1891 mojego »Słownika bibliograficzno-balneologicznego polskich zakładów zdrojowo-kąpielowych«, a zatem w latach 1911, 1931, 1951, i tak dalej ogłaszała za przedmiot zadania na konkurs z niniejszej fundacyi uzupełnienie wspomnianego mego »Słownika bibliograficzno-balneologicznego« wszystkich należących do jego treści wiadomości, przysporzonych w ubiegłem dwudziestoleciu, a zarazem postanawiam, aby Akademia Umiejętności rzeczony uzupełniony Słownik co lat dwadzieścia drukiem ogłaszała kosztem procentów, pochodzących ze zakładowego kapitału niniejszej fundacyi. Gdyby przedmiot naukowego zbadania i opisu wszelkich polskich wód mineralnych za biegiem najdalszych lat mógł się zupełnie wyczerpać, a zatem gdyby przedmiot i cel jakoteż przeznaczenie niniejszej fundacyi — oprócz ponawianego co lat dwadzieścia wydawania »Słownika bibliograficzno balneologicznego polskich zakładów zdrojowo kąpielowych« — przestały istnieć, a temsamem gdyby niniejsza moja fundacya nie miała ściśle przezemnie pierwotnie oznaczonej racyi swego bytu, wówczas Akademia Umiejętności corocznych całkowitych procentów, pochodzących od zakładowego kapitału niniejszej fundacyi, ma używać na nagrodę, przeznaczyć się mającą autorom za wydane w świeżo ubiegłym roku ich dzieła po polsku, treści lekarskiej, bez różnicy, do którejkolwiek gałęzi medycyny oneby należały, byle autor egzemplarz swego dzieła Akademii Umiejętności przedłożył, wraz z pisemnem wyrażeniem, iż jest w chęci ubiegania się o w mowie będącą nagrodę, a zarazem gdyby Akademia Umiejętności uznała owe dzieło za najgodniejsze nagrody ze wszystkich innych dzieł polskich lekarskich współcześnie wydanych. Możność ubiegania się o wspomnianą nagrodę zechce Akademia Umiejętności w odnośnym czasie podawać do publicznej wiadomości«.

Powyższy kapitał 10.000 złot. reń. w. a. został przez egzekutora testamentu, p. Leona Zieleniewskiego, Akademii Umiejętności w Krakowie do rąk Prezesa celem przechowania i dalszego zarządu oddany. Gospodarując nim umiejętnie, zwiększyła Akademia kapitał fundacyjny do wysokości 36.000 koron, poczem opracowała statut fundacyjny, zatwierdzony przez Namiestnictwo we Lwowie reskryptem z d. 25. I. 1913. L. XIII. b. 86/1.

Na mocy tego statutu ogłasza obecnie Akademia z fundacyi im. ś. p. Dra Michała Zieleniewskiego poraz pierwszy d w a k o n k u r s y, a mianowicie:

Konkurs pierwszy z terminem po koniec roku 1920 na uzupełnienie »Słownika bibliograficzno-balneologicznego polskich zakładów zdrojowo-kąpielowych«, wydanego przez ś. p. Dra Michała Zieleniewskiego w r. 1891. Rękopisy należy nadsyłać do Kancelaryi Akademii Umiejętności najpóźniej do 31 grudnia 1920. Autor obowiązany jest dostarczyć zupełnie wykonanego rękopisu i niema prawa żądać zaliczek; po przyjęciu uzupełnienia »Słownika« otrzyma autor honoraryum wedle arkusza, w wysokości przez Akademię ustanowionej.

Konkurs drugi na pracę, poświęconą ściśle naukowemu badaniu i opisowi rodzimych wód mineralnych polskich, a to na temat dowolnie przez autora obrany, byleby tylko autor, ubiegający się o nagrodę, przedłożył ją w właściwym czasie Akademii Umiejętności, a to bądź w druku, bądź w rękopisie. Przedmiotem prac, mogących ubiegać się o nagrodę, będzie naukowe zbadanie i opis nie pojedynczych źródeł naszych wód mineralnych, ale całych działów wód lekarskich polskich i ich działania leczniczego, jakoto: szczaw, wód siarczanych, żelazistych, uzdrowisk klimatycznych i t. d. Zaliczki na zamierzone tego rodzaju badania, na podróże w tym celu przedsiębrać się mające i t. p. wydatki, nie mogą być udzielane z niniejszego funduszu. Jedynie dokonane i gotowe opracowania będą wynagradzane.

Gdyby którego roku żadnej pracy do nagrody nie przedłożono, lub żadna z przedłożonych na nagrodę nie zasługiwała, może Akademia Umiejętności albo przenieść tę nagrodę na lata dalsze w ten sposób, że nagrodę stanowić będzie dwu, trzechletni i t. d. dochód fundacyjny, albo zarządzi dodanie nieużytej kwoty premiowej do kapitału fundacyi (§ 1, ustęp a). Nagroda nie może nigdy wynosić więcej jak pięcioletnie odsetki. Jednoroczny dochód fundacyjny przeznaczony na nagrodę wynosi około 780 K. Prace na konkurs niniejszy należy nadsyłać do Kancelaryi Akademii najpóźniej do 31 grudnia 1913 r.

Prace konkursowe należy nadsyłać do Akademii Umiejętności w Krakowie bezimiennie, pod godłem, obranem przez autora, z dołączeniem koperty opieczętowanej, zawierającej wewnątrz nazwisko autora i jego adres, a opatrzonej tem samem godłem. Według § 18 Regulaminu Akademii wypłata wszelkich nagród konkursowych następuje dopiero po ogłoszeniu drukiem pracy uwieńczonej nagrodą.

Jubilesz Prof. Dra Grzegorza Ziembickiego.

We Lwowie uczczono 28. marca 1913 uroczystym obchodem trzydziestolecie pracy Prof. Dra Grzegorza Ziembickiego na stanowisku prymaryusza szpitala krajowego.

Urodzony w r. 1849 w Przemyślu, został Grzegorz Ziembicki jako młody chłopiec w r. 1861 wysłany przez swego ojca, słynnego wówczas lekarza, żołnierza z r. 1831, do Paryża, gdzie miał się sposobić do zawodu wojskowego na usługi Ojczyźnie. Był to bowiem czas owych wielkich nadziei, które już w dwa lata później zagasnąć miały. Po upadku powstania nie było już mowy o kształceniu się na żołnierza; w r. 1867 zapisał się Grzegorz Ziembicki na wydział lekarski paryski; w r. 1870 nie pozostał jednak na uboczu i jako ochotnik pełnił służbę samarytańską w ambulansach wojskowych naprzód na prowincyi, w końcu w czasie komuny i oblężenia w samym Paryżu. Za zasługi wówczas położone odznaczony został w r. 1895 Legią honorową.

Zdobywszy na konkursie stanowisko »interne des hôpitaux«, pracował w zakresie chirurgii pod kierunkiem Prof. Tillenta, Trélata, Labbégo i Péana. Od r. 1876 do 1879 był lekarzem szkoły polskiej na Batignolles, w r. 1880 opuściwszy Paryż, pracował głównie pod kierunkiem Billrotha w Wiedniu, gdzie też nostryfikował swój dyplom. Z końcem r. 1880 osiadł we Lwowie i tu otrzymawszy kierownictwo oddziału chirurgicznego w szpitalu krajowym, rozpoczął w styczniu 1883 pracę na tem trudnem i odpowiedzialnem stanowisku. Pod Jego kierownictwem oddział chirurgiczny znakomicie się rozwijał, dzielnie przyczyniając się do rozbudzenia ruchu naukowo-lekarskiego we Lwowie; z tego oddziału wyszedł też cały szereg wybitnych chirurgów, a z pośród sekundaryuszy Jubilata 30 zajęło potem stanowiska chirurgów-prymaryuszy szpitalnych w kraju. Z utworzeniem Wydziału lekarskiego we Lwowie rozpoczął w nim Jubilat, jako jeden z pierwszych docentów, wykłady, ściągające tłumnie słuchaczy; w r. 1897 otrzymał tytuł profesora.

Znakomita działalność Jubilata zjednała Mu powszechne uznanie, czego dowodem jest odznaczenie orderem Żelaznej korony (1901), wybór na prezesa Towarzystwa lekarskiego lwowskiego (1891), na prezesa honorowego sekcyi chirurgicznej Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (1891), na honorowego prezesa Zjazdu chirurgów w Paryżu (1906), na prezesa Zjazdu chirurgów w Warszawie (1910), powołanie do krajowej Rady Zdrowia (1888), w której zasiadał przez lat 9 i t. d. Wielkie zalety charakteru i serca zjednały Jubilatowi gorące sympatye szerokich kół. Odzwierciedleniem tego był obchód jubileuszowy.

Obchód ten zgromadził bardzo liczne grono lekarzy. Do Jubilata przemówił najpierw imieniem szpitala Dyr. Dr Starzewski, następnie imieniem kolegów Prof. Dr Wiczkowski, imieniem sekundaryuszy szpitala Dr Walichiewicz, imieniem Izby lekarskiej Prof. Dr Festenburg, Towarzystwa lekarskiego Dr Bednarski, imieniem studentów medycyny p. Stapp, imieniem Wydziału krajowego poseł Dr Bernardzikowski, imieniem deputacyi chłopów z Malczyc wójt Iwanczyszyn, wreszcie X. Albert, a w końcu delegat chorych oddziału chirurgicznego. Jubilatowi wręczono medalion, dłuta Sługockiego, odlany w bronzie, oraz oka-

zały zeszyt jubileuszowy lwowskiego »Tygodnika lekarskiego«, wydany przez uczniów i kolegów. W obchodzie uczestniczyli imieniem Wydziału krajowego oprócz Dra Bernadzikowskiego, zastępca marszałka krajowego Dr Piłat, oraz członkowie Wydziału posłowie Dąmbski, Onyszkiewicz i Wereszczyński. Nastrój uroczystości był niezmiernie serdeczny i podniosły.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Kraj. Rady Zdrowia we Lwowie w d. 27. III. 1913 były przedmiotem obrad następujące sprawy: 1. Podręcznik somatologii i higieny. 2. Przerwy w nauce szkolnej z powodu chorób zakaźnych. 3. Instrukcya dla zarządcy zdrojowego w Krynicy. 4. Okręg sanitarny w Podhajcach. 5. Projekt ustawy o pozbawieniu własnowolności. 6. Zakład państwowy dla umysłowo chorych zbrodniarzy. 7. Ulgi w Krynicy dla wdów i sierot po lekarzach. 8. Kolokwia z higieny dla kandydatów na nauczycieli szkół średnich.

— W miejsce powołanego do Najwyższej Rady zdrowia prof. Kučery mianowany został członkiem Krajowej Rady zdrowia do końca kadencyi prof. Dr Sieradzki ze Lwowa.

— Prof. Dr Antoni Jurasz we Lwowie mianowany został profesorem zwyczajnym.

— Oprócz konkursu z fundacyi im. ś. p. Dr Michała Zieleniewskiego, o którym donosimy powyżej, ogłasza Akademia Umiejętności w Krakowie m. i. konkurs im. Kopernika: »Opracować stosunki klimatyczne jednej z większych dzielnic ziem polskich, albo porównać pod względem klimatycznym którąkolwiek z kolonii zamorskich, do których emigruje gromadnie ludność polska, z klimatem rodzimym«. Nagroda wynosi 1.200 koron. Termin do 31 grudnia 1913.

— Na Zjazd w sprawie higieny szkolnej w Düsseldorfie, miasto Kraków wysyła dwóch z grona swoich lekarzy szkolnych. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. III. do 29. III. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 1 (obcych 4 † 1), krztuśca 5, ospy wietrznej 9, płonicy 19 † 3 (5 † 1), odry 3, duru brzusznego 1 † — (1 † —), czerwonki 2 † — (— † —), kuru 1, róży 3, tężca 1, nagm. zapalenia ślinianek 9. Dr Janiszewski.

Warszawa. Instytucya kąpieli ludowych w Warszawie dobiega 15 lat istnienia. W r. 1898 bowiem za staraniem Komitetu, któremu przewodniczył Prof. Baranowski, za zebrane z ofiarności publicznej 12,500 rb., do których adw. Stanisław Rotwand dodał 10,000 rb., otwarto pierwszą łaźnię ludową w gmachu, postawionym na ten cel przy ul. Dzikiej. Początkowo wydawano około 26,000 kąpieli rocznie (za opłatą po 5 kop.), później liczba ta wzrosła szybko. W r. 1901 otwarto drugą łaźnię im. Chałubińskiego, na Pradze. Roczna liczba kąpieli doszła 120,000, z czego 10% bezpłatnych. Obecnie sprawą tą zajmuje się oprócz wydziału kąpieli ludowych Warsz. Towarzystwa Dobroczynności pod przewodnictwem Prof. Baranowskiego, także Warszawskie Towarzystwo higieniczne i Towarzystwo higieny praktycznej im. B. Prusa.

— Miesięcznik higieniczny »Zdrowie« rozwija się coraz piękniej i jest redagowany coraz bardziej planowo. Obecnie poświęca »Zdrowie« poszczególne swe zeszyty każdy pewnej sprawie, przez odpowiedni dobór artykułów oryginalnych, streczeń i sprawozdań oświetlając ją z różnych stron. I tak w pierwszym tegorocznym zeszycie położono główny nacisk na sprawę krzewienia kultury higienicznej wśród ludu i zapobiegania chorobom zakaźnym, w drugim — na walkę z gruźlicą. W ostatnich czasach wprowadziło też »Zdrowie« pożyteczną innowacyę, mianowicie krótkie streszczenia francuskie każdego artykułu oryginalnego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 17. III. do 31. III. 1913 przypadków: ospy 3 † —, płonicy 6 † 1, duru wysypkowego 3 † 2, róży 2. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Dr Eugeniusz Marcinkiewicz w Petersburgu, gorliwy pracownik na wielu polach społecznych, prezes Komitetu budowy szpitala polskiego, obchodzić będzie w tych dniach 50-lecie pracy zawodowej i obywatelskiej.

— Pogotowie Towarzystwa ratunkowego lwowskiego niosło w r. 1912 pomoc w 11.790 przypadkach, a ogólna liczba przypadków udzielonej pomocy od założenia Towarzystwa przekroczyła w tym roku 100.000. Fundusz żelazny Towarzystwa doszedł 19914·17 kor., dochody w r. 1912 wynosiły 40726·99 kor., rozchody 32382·90 kor., w czem dyżury i remuneracye lekarzy 17213·89 kor. Do Towarzystwa należy 29 członków założycieli, 42 dożywotnich, 2215 zwyczajnych (zatem dziesięć razy więcej, niż w Towarzystwie ratunkowem krakowskiem!). W jesieni i w zimie urządziło Towarzystwo kursa samarytańskie, w których uczestniczyło 333 osób. Prezesem Towarzystwa jest Dr Stroynowski (z wyboru), wiceprezesem Dr S. Mikołajski (delegowany przez miasto).

— IV. międzynarodowy Zjazd higieny szkolnej odbędzie się w r. b. we wrześniu w Buffalo. Do komitetu wykonawczego amerykańskiego należy jeden Polak, Dr E. F. Fronczak, lekarz naczelny m. Buffalo. Na czele komitetu sekcyjnego polskiego stoi prof. Dr K. Twardowski ze Lwowa, wiceprezesem jest prof. Dr Bujwid, sekretarzem doc. Dr E. Piasecki. Na Zjazd przygotowuje się angielskie uzupełnione wydanie broszury o higienie szkolnej w Polsce, (wydanej na Zjazd paryski po francusku).

— W Petersburgu odbywają się obecnie obrady komisyi rządowej celem opracowania nowego ustawodawstwa sanitarnego. Między innemi zmienione być mają dotychczasowe przepisy o walce z chorobami zakaźnemi. Rozszerzone będą w tym względzie prawa ziemstw i miast, których zarządy będą mogły na własną rękę ogłaszać dane miejscowości, jako zagrożone chorobą i przedsiębrać odpowiednie środki zapobiegawcze, a nawet wydawać postanowienia obowiązujące. Walka z gruźlicą ma być prowadzona przez budowę sanatoryów z funduszów ziemstw i miast, a nawet skarbu, przez tworzenie patronatów, przez wzbronienie pracy suchotników w fabrykacyi i sprzedaży artykułów żywności, jak również przez usuwanie jawnych suchotników z zakładów przemysłowych, szkół, warsztatów, a nawet urzędów. W większych miastach i uzdrowiskach lekarze mają donosić władzom o każdym przypadku jawnej gruźlicy. Poruszono również w projekcie myśl, ażeby za przykładem niektórych Stanów Ameryki Północnej, każdy mężczyzna przed wstąpieniem w związek małżeński składał zaświadczenie lekarskie, że nie jest chory na choroby zaraźliwe.

Podobnież projektowane są środki zwalczania jaglicy; w szkołach, fabrykach i w wojsku mają być dokonywane peryodyczne oględziny oczu i stosowane w razie potrzeby leczenie w ambulatoryach bezpłatnych.

— Cesarski Urząd zdrowia w Berlinie wydaje od kilku lat t. zw. »Merkblätter« t. j. kartki, które w przystępnej formie pouczają publiczność o chorobach zakaźnych zawodowych i t. p. Podobne kartki wydało także niemieckie Towarzystwo walki z rakiem i Towarzystwo zwalczania chorób płciowych. Kartki te umieszcza się w poczekalniach lekarzy, szpitalach, sanatoryach, a w aptekach wręcza się je publiczności. X.

Mianowani. Dr Turner za działalność lekarską w Afryce południowej (m. i. zwalczanie trądu, którego w końcu sam się nabawił), parem Anglii (członkiem Izby lordów); Prof. nadzw. Dr G. Bikeles we Lwowie profesorem zwyczajnym tytularnym; Dr Antoni Cieszyński z Monachium nadzwyczajnym profesorem dentystyki we Lwowie; Dr W. Kamocki naczelnym lekarzem szpitala oftalmicznego w Warszawie; Dr K. Wisłocki etatowym ordynatorem szpitala św. Rocha w Warszawie.

Zmarli. Dr Edward Jaworski w 43 r. ż. w Chełmie; Dr Edward Witkowski, starszy lekarz powiatowy w Łańcucie w 61 r. ż.; Dr Henryk Żmigrodzki z Warszawy w 40 r. ż.; Dr Antoni Niedźwiecki w 57 r. ż. w Mińsku; Dr B. A. Muszkat w 39 r. ż. w Wilnie; Dr Leopold Gawełkiewicz, długoletni wiceburmistrz i lekarz kolejowy w Starym Sączu w 68 r. ż.; Dr Czesław Zawidzki w 46 r. ż. w Warszawie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik IV. Zeszyt 3. (cena 3·50 Mk., całego rocznika 16 Mk.).

Marcowy zeszyt tegoroczny, poświęcony, jak zwykle, chorobom trawienia, przemiany materyi i krwi, zawiera 5 rozpraw, a mianowicie: 1) Prof. Fleiner: O biegunce i zaparciu. 2) Prof. Strauss i Dr Bamberger: Postępy w zakresie nauki o chorobach żołądka. 3) Doc. Schade: Znaczenie spraw fizyczno-chemicznych w ustroju. 4) Prof. Lüthje: Otyłość, dna, cukrzyca. 5) Prof. Meyer: Pseudoleucaemia, myeloma, splenomegalia. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1913.

Gazeta lek. Nr 9—12.: Lubieniecki: O niemiarowości tętna stałej (9—10). — Leyzerowicz (dok. 9). — Białokur: W sprawie wyczuwalności wyrostka robaczkowego (10). — Klejn: O wpływie leczniczym benzolu na sprawy białaczkowe (11—12).— Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień zapobiegawczych według metody Pasteura w r. 1911 (11). — Bełkowski: Krwiomocz przy podawaniu urotropiny w tyfusie brzusznym (12).

Medycyna i Kronika lek. Nr 9—12.: Sędziak: Nowotwory złośliwe w jamach obocznych nosa oraz w jamie nosowo-gardłowej (9—10). — Karbowski (dok. 9). — Sterling (dok. 9—11). — Littauerówna: Przyczynek do morfologii i biologii prątka twardzieli i innych prątków pokrewnych (11—12). — Kuligowski: Zmiany histologiczne w zapaleniu mięśnia sercowego włóknistem (12—13).

Tygodnik lek. Nr 9—12.: Mars: O tamowaniu krwotoku pochodzącego ze znaczniejszych naddarć szyi macicy podczas porodu (9—10). — Węgrzynowski: Przyczynek do powstawania kwasu szczawiowego w ustroju ludzkim i zwierzęcym (9—10).— Reis: Przyczynek do muszycy oka (11). — Turkiewiczówna: Przyczynek do teoryi rozwoju ciał wolnych w jamie otrzewnej. (11—12).

Nowiny lek. Nr 3.: Serkowski i Wiśniewski: O bodźcach zakaźnych łuszczycy. — Mazurkiewicz: O asymetrycznych czynnościach półkul mózgowych. — St. Serkowski: Opsoniny i bakteryotropiny w świetle doświadczeń własnych i krytyka teoryi Wrighta. — Dandelski: Chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc. — A. Piotrowski: Odruch mięśnia piszczelowego przedniego. — Brodzki: O działaniu kąpieli kwasowęglanych z uwzględnieniem wskazówek leczniczych Kudowy.

Lekarz wileński Nr 2. (poświęcony Dr Aleksandrowi Wojniczowi z powodu jubileuszu 35-letniej pracy zawodowej). Sumorok: Życiorys Dr Al. Wojnicza. — Boguszewski (dok.). — Wojnicz: Napoje chłodzące w Wilnie. — Hanusowicz: Stosowanie szczepionki i surowicy przeciwdwoinkowej w rzeżączce i jej powikłaniach. — T. D.: Leczenie i szczepienie ochronne w gruźlicy.

Przegląd pedyatryczny, Tom V. Z. 2.: Mamrot: O chorobie Hirschprunga. — Sędziuk: O odczynie Engel-Turnaua w moczu niemowląt. — M. Biehler: Porażenie ostre rdzenia u dzieci. Choroba Heine-Medina.

Przegląd chorób skórnych i wener. 1912 Nr 10—12: Serkowski (c. d.). — Goldman: Kilka słów o nowej x rurce Lilienfelda.

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt II. Tomu VIII. Szerszeński: Z kazuistyki śródbłoniaków. — Kiełkiewicz: Wynicowanie pęcherza moczowego. Wytworzenie nowego pęcherza i cewki. — Lewenstern: Przypadek zakażenia ustroju ludzkiego przez ziarenkowca czworaczego. — Sławiński: Zastosowanie stawu rzekomego do wytworzenia ruchomego kikuta. — Sławiński: Przypadek wylewu krwawego do trzustki.

Kronika dentyst. Nr 3.: Zawidzki (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr 3. Bier: Kukurydza i jej przetwory młynarskie. — Mołczański: O potrzebie przymusowej sanacyi mieszkań w Galicyi.

Zdrowie Nr 3.: Bączkiewicz: Szkoła jako krzewicielka higieny praktycznej. — Hewelke: W sprawie badań naukowych w dziedzinie gimnastyki. — Maciesza: Ruchoma wystawa higieniczna jako środek krzewienia zasad zdrowotności. — Lidmanowski: Jak ubiera się lud nasz.

Głos lekarzy Nr 5—6.: Taksy za świadectwo o wypadku. — Ustawa o tłumieniu chorób zakaźnych. — Mikołajski: 1) W sprawie pomnożenia funduszu zaopatrzenia wdów i sierot po lekarzach. 2) O reklamie środków leczniczych. — Sprawozdania nadobowiązkowe. — Kongres międzynarodowy dla ratownictwa. — Oczyszczanie wód ściekowych miejskich.— Baschkopf: Organizacya pierwszej pomocy lekarskiej w czasie wojny na Bałkanie.

Słowo lekarskie Nr 4—5. Zaleski: W sprawie partactwa leczniczego. — Umowa z Towarzystwami ubezpieczeń na życie w Austryi. — W sprawie Towarzystw ubezpieczenia od wypadków. — Bednarski: Dyety za tłumienie zarazy, za ochronne szczepienie ospy, oraz taksa, zwana kilometrowem. — Kilka uwag o rozporządzeniu Namiestnictwa z 13. kwietnia 1890

l. 18936. — R. Merunowicz: W sprawie partactwa lekarskiego.— Reklama leków a fundusz im. Jordana.

Nasze Zdroje. Zeszyt 5—6. Łobaczewski: Galicyjski bank zdrojowisk w oświetleniu stosunków ekonomicznych w Galicyi.— Skórczewski (dok.). — Bandrowski: Zakopane w świetle statystyki lekarskiej. — Klęsk: W sprawie ogłoszeń firm obcych w naszych wydawnictwach lekarskich. — N. Z.: Suum cuique.— W sprawie rentowności kolei do Rymanowa. — Z pobytu delegacyi Związku zdroj. w Kijowie i w Wilnie. — Zdrojowiska galicyjskie w Polskim Związku lekarzy i przyr. w Peterburgu.— Zastępstwa nasze za granicami kraju. — Lektura w poczekalniach lekarskich. — Hodowla roślin lekarskich w kraju.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 9. kwietnia 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Nowaczyński: O leczeniu cukrzycy w pojęciu Noordenowskiem.

Walne Zgromadzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w sobotę dn. 5. kwietnia 1913** (w rocznicę dziesięcioletniego istnienia Oddziału) **w Jarosławiu w szpitalu powszechnym o godz. 4. popołudniu** z następującym porządkiem dziennym: 1) Odczytanie protokołu z poprzedniego zgromadzenia. 2) Zagajenie. 3) Demonstracya chorych, kol. Fechter. 4) Najnowsze sposoby leczenia kiły, referat kol. Dr Spatza. 5) Sprawozdanie roczne. 6) Wybór przewodniczącego, zastępcy i trzech wydziałowych na r. 1913. 7) Wnioski członków.

Dr Orłowski, sekretarz. Dr W. Czyżewicz, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala jubileuszowego OO. Bonifratrów w Krakowie.

Prymaryusz Dr Jan Frączkiewicz: **Spostrzeżenia nad »Algocratyną«.**

Do licznego szeregu środków uśmierzających ból przybył nowy lek pod nazwą Algocratyna. Aczkolwiek środek ten nie posiada dotąd prawie żadnej literatury, a skład jego chemiczny podany: $C_{21}H_{25}N_7O_3$ wydawał się nie rokować wiele nadziei, postanowiłem wypróbować go i porównać z innymi podobnie działającymi środkami.

Lek ten podawałem w przypadkach chorobowych, w których ból objawiał się na tle nerwowem, a więc w pierwszym rzędzie w nerwobólach (neuralgiach), w zapaleniach pni nerwowych (polyneuritis) zwłaszcza na tle alkoholowem, ischias, wreszcie przy bólach głowy (migrenie).

Wiadomą jest rzeczą, że cierpienia te z natury przewlekłe, ulegają częstym nawrotom i środki używane dla ich leczenia, które z początku pomagają, jak aspiryna, antipiryna, fenacetyna, pyramidon i t. d. z czasem zawodzą i na ustrój chorego nie reagują tak korzystnie jak z początku. Uciekać się więc musimy do kombinowania tych środków z narkotykami, aby działanie ich spotęgować. Obecnie w »Algocratynie« zyskaliśmy, jak z dotychczasowych wyników sądzić można, dzielny środek dla uśmierzenia bólów, pochodzących z systemu nerwowego, dalsze zaś doświadczenia wykażą, czy i w jakim stopniu działa »Algocratyna« w bólach np. reumatycznych, artrytycznych i t. d.

Z uwag ogólnych dodać muszę, że chorzy bez wyjątku znosili lek ten dobrze bez działań ubocznych, jak odbijania, nudności i t. p.

Reasumując w krótkości działanie »Algocratyny« w powyżej podanych wypadkach orzec można, że:

1) Algocratyna w dawkach 2—4 proszków dziennie nie jest środkiem szkodliwym i nie wywołuje działań ubocznych, dlatego można ją stosować nawet w wypadkach, gdzie inne środki są przeciwwskazane lub gdzie innych środków chorzy nie znoszą.

2) Algocratyna działa rzeczywiście korzystnie w kierunku uśmierzenia bólu na tle nerwowem i to ból o mniejszem nasileniu po kilkudniowem użyciu w dawce 2—4 proszków dziennie usuwa w zupełności, ból zaś dotkliwy znacznie uśmierza i sprawia, że leczenie przyczynowe szybsze i trwalszy odnosi skutek.

Diabeteserin. Działa skutecznie przy cukrzycy, wpływając zarówno na zaburzenia w trawieniu, jak i na nerw błędny. Nawet w ciężkich przypadkach cukrzycy uzyskiwano wpływ korzystny; a także jako środek zabiegawczy ma ten przetwór wysoką wartość w przypadkach glycosuria alimentaria, i to bez konieczności przeprowadzania całej ścisłej dyety. Ll. W.

Rok LII. Kraków, dnia 12. kwietnia 1913. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Nowotwory łagodne w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach.

Studyum kliniczne

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

Historya.

Już w papyrusach starych Egipcyan znajdujemy względnie nieźle opisane polipy w górnych drogach oddechowych [1]). Również u starożytnych Żydów, mianowicie w księgach ich zakonu, wyraźnie jest mowa o polipach nosa, jako podstawie do rozwodu.

Prawdopodobnie król perski Cyrus cierpiał na polipy nosa, przyczem dla leczenia wzywał podobno lekarzy z Egiptu.

Następnie w pracach szkoły Asklepiadejskiej, mianowicie u najsłynniejszego jej przedstawiciela, Hippokratesa, znajdujemy już dokładny opis polipów nosa, ich klasyfikacyę, oraz różnorodne metody leczenia, (wyrywanie, ścieranie gąbką, wycinanie w razie potrzeby zapomocą rozszczepienia nosa, wreszcie użycie rozpalonego żelaza). Wogóle należy zaznaczyć, że autor ten po raz pierwszy użył terminu »polipy« w sensie łagodnych guzów nosa, co się utrzymało do ostatnich czasów (M. Mackenzie, Hoppmann, P. Heymann). Rozpalone żelazo, oraz środki żrące zalecał też w polipach usznych Scribenius Largus [2]).

Wzmianki o nowotworach w górnych drogach oddechowych znajdujemy również u Celsusa, oraz Aracteusa, przedstawiciela szkoły Aleksandryjskiej, która wydała słynnego Galena. Galen stara się nazwę »polip« objaśnić podobieństwem do mięsa polipa morskiego. Zaleca on szczególnie zniszczenie polipów nosa zapomocą wysychających środków, których również używa dla zniszczenia korzenia po operacyjnem leczeniu polipów. Aetius z Amidy w zbiorowem swojem dziele podał oryginalny rozdział o polipach usznych.

Specyalnie operacyjnem (krwawem) leczeniem polipów nosowych zajmował się Paulus z Aeginy, autor wielu narzędzi, między innymi skrobaczki polipowej.

Arabscy lekarze, jak wiadomo, obawiający się noża, starali się usuwać polipy nosa najchętniej na drodze bezkrwawej, jakkolwiek i oni stosowali niekiedy wyrywanie i wycinanie, jakoteż wypalanie żelazem rozpalonem.

Niektórzy z nich (Abulcasem i Mesuë) stosowali żelazo rozpalone jednocześnie i na czole pod postacią 3 bruzd; miało to jakoby przeciwdziałać powrotom polipów, która to wiara utrzymywała się do XV wieku wśród włoskich lekarzy (Rolandus z Parmy). Guilelmus Placentimus z Medyolanu, zwany powszechnie Wilhelmem z Saliceto, żyjący w wieku XIII, pierwszy jakoby według M. Mackenziego i Sprengla, (według zaś innych, np. Herstera, był pierwszym wyżej wspomniany arabski lekarz Abulcasem) opisał i zastosował kleszcze do operacyi polipów nosa. Autor ten również usuwał polipy uszne przez ściśnięcie nitką jedwabną lub włosem końskim.

W wieku XIV Guy de Chauliac, najsławniejszy ówczesny chirurg francuski, który pierwszy zastosował wzierniki do nosa i uszu, podaje następujący sposób operowania polipów usznych: wyciągnięcie haczykiem, odcięcie nożem lub nitką i przyżeganie szypułki.

W XVI wieku Fallopia z Modeny, odkrywca kanału ochrzczonego jego nazwiskiem (canalis Fallopiae), przypalał polipy uszne kwasem siarczanym po uprzedniem wprowadzeniu do przewodu słuchowego zewnętrznego rurki ołowianej, dochodzącej do guza.

Również Fabricius Hildanus na schyłku XVI i początku XVII wieku w książce swojej »Observationum et curationum chirurgicorum centuriae« podaje wiele ciekawych spostrzeżeń o polipach usznych.

W XVII i XVIII wieku sprawa polipów nosowych, a zwłaszcza ich leczenie operacyjne posunęły się znacznie naprzód; prawie każdy chirurg podawał swoje własne w tym celu narzędzie, bądź nożyczki (Fabricius ab Aquapendente), bądź kleszcze (Dionis), bądź wreszcie w ostatnich czasach pętle (Levret, Desault, francuscy chirurgowie, oraz Coderick, lekarz belgijski). Coderick w r. 1750 po raz pierwszy usunął polipa z gardła zapomocą swojego pomysłu pętli.

Pierwszy opis pętli do wycięcia polipów nosa podał w r. 1805 William Robertson, zaś usznych Wilde (1846).

W pierwszej wyczerpującej monografii o chorobach

---

[1]) Heymann i Kronenberg. »Geschichte der Laryngologie u. Rhinologie« w Heymanna Handbuch d. Lar. u. Rhin. 1898 I. 73, I. n.

[2]) Heiman. »Krótki rys otyatryi«, Warszawa 1912 r.

krtani, mianowicie Alberta z Bonn z r. 1829, znajduje się rozdział o guzach krtani. Autor ten pierwszy operował polipy nosa pod kontrolą wziernika nosowego; niestety i on używał w tym celu kleszczy. Również w pierwszej monografii o chorobach nosa z r. 1804 przez Dechamps syna, autor ten szczegółowo traktuje o polipach jam bocznych nosa, jako o rzeczy dobrze znanej.

Meissner w r. 1820 w wyczerpującej monografii pod tytułem »Ueber die Polypen in den verschiedenen Höhlen des menschlichen Körpers« (Leipzig) poświęca oddzielny rozdział polipom nosa. Guzami jamy nosowogardłowej, zwłaszcza ich leczeniem operacyjnem aż do pierwszej połowy wieku XIX zajmowali się przedewszystkiem chirurgowie, podając różne metody (Nelaton, Syme, Dieffenbach, Langenbeck i inni).

W roku 1844 Ehrmann, profesor w Strassburgu, pierwszy zastosował przecięcie krtani z powodu guza krtani, zaś w r. 1852 pierwszy Horace Green, profesor w New-Yorku, endolaryngealnie usunął w 2 przypadkach polipy krtaniowe (w pierwszym u dorosłego przez wytarcie gąbką, w drugim u dziecka nożem guziczkowatym po silnem wyciągnięciu języka). Tak stały rzeczy do wiekopomnego odkrycia laryngoskopu w r. 1858 przez Türcka i Czermaka, oraz rynoskopu przez Czermaka w r. 1859, wcześniej zaś (1855) lustra usznego przez Troeltscha, wreszcie w ostatnich czasach (1897 r.) tracheobronchoskopu przez Killiana, jakoteż do wprowadzenia w r. 1884 do rynolaryngochirurgii kokainy przez Jellinka, ówczesnego asystenta prof. Schroettera w Wiedniu, które dopiero umożliwiły zarówno rozpoznanie, jakoteż i leczenie, zwłaszcza operacyjne, guzów górnego odcinka dróg oddechowych, oraz uszu.

Tak więc już w r. 1859 Czermak poraz pierwszy rozpoznał przy pomocy lusterka krtaniowego mały polipek na strunie krtaniowej, zaś w r. 1866 wyszło pierwsze klasyczne dzieło Türcka wraz z atlasem (»Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre«), zawierające między innymi dokładny opis, oraz leczenie operacyjne guzów łagodnych krtani.

Jakkolwiek już Czermak wpadł na myśl wycięcia polipa krtani na drodze endolaryngealnej, zaś Lewin z Berlina (a także Lindwurm przez niego przytoczony »Ueber Neubildungen namentlich Polypen des Kehlkopfes« 1862), zapomocą kleszczykowych narzędzi wycinał jakoby kawałki polipa krtaniowego, roszcząc sobie, niesłusznie zresztą, pierwszeństwo do tej operacyi, to jednak niezaprzeczenie jest to zasługą Victora Brunsa, który u swojego brata poraz pierwszy doszczętnie usunął polipa krtani w r. 1862 (»Die erste Ausrottung eines Polypen in der Kehlkopfhöhle durch Zerschneiden etc. Tübingen).

Pomimo, że jeszcze Moura, jeden z pierwszych we Francyi uczniów Czermaka, zapatrywał się sceptycznie na zabiegi endolaryngealne w polipach krtani (»Considérations pratiques sur les polypes du larynx.« — Gaz. des hôp. 1863), zaś w roku 1861 Rühle z Berlina w swoim podręczniku chorób krtani uważał wszelkie guzy krtaniowe, nawet t. zw. łagodne, za złośliwe i jako takie nie nadające się do operacyi, coś w rodzaju »noli me tangere«, pomimo to dzięki wyżej wspomnianym odkryciom Türcka, Czermaka, Troeltscha, oraz Killiana i Jellinka leczenie operacyjne nowotworów w górnych drogach oddechowych oraz w uszach stało się jednem z najwdzięczniejszych zadań laryngo-ryno-otologii.

Wogóle literatura, dotycząca guzów łagodnych w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach, dosięgła w ostatnich czasach niebywałych rozmiarów; dotyczy to jednakże przedewszystkiem prac kazuistycznych, prac większych natomiast monograficznych dotąd nie posiadamy zbyt wiele; wyszły one przedewszystkiem w języku niemieckim (Heymann »Die gutartigen Geschwülste der Nase« 1899, Mikulicz »Die Neubildungen des Rachens und des Nasenrachenraumes«, 1899, Jurasz »Die Neubildungen des Kehlkopfes« 1900, Bruns »Die Neubildungen der Luftröhre« 1898 — wszystkie w Heymanna Handbuch der Laryng. u. Rhin., oraz Kuhna »Die Neubildungen des Ohres« 1893 w Schwartzego Handbuch der Ohrenheilkunde).

W naszej literaturze posiadamy tylko 3 większe prace, traktujące o nowotworach łagodnych w górnych drogach oddechowych, a mianowicie: Helmanna »Obecny stan wiedzy o guzach nosogardzielowych oraz przyczynek do kazuistyki omawianych guzów«. Czasop. lek. 1908, Kijewskiego i Wróblewskiego »Kilka uwag w kwestyi operowania guzów jamy nosogardzielowej«, Gaz. lek. 1893, wreszcie A. Sokołowskiego (Przyczynek do leczenia operacyjnego polipów krtaniowych r. 1888), oraz Świeżyńskiego (Przyczynek do anatomii patologicznej polipów krtaniowych, Gaz. lek. 1897 p. 141).

Poza tem istnieje cały szereg prac kazuistycznych, które szczegółowo podam w końcu niniejszej pracy (w porządku chronologicznym).

W ciągu lat 23, t. j. od powrotu mojego ze studyów na klinikach zagranicznych, na ogólną liczbę około 27.500 chorych w mojej prywatnej i leczniczej praktyce, spostrzegałem ogółem guzów łagodnych w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach 1790 przypadków, co stanowi przeszło 15%.

Z tego na jamy nosowe »sensu strictiori« przypada 1143 przypadków, na jamę nosowogardłową 68, na jamę ustną i gardło 215, krtań 149, wreszcie na uszy 215 przypadków.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem.

Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro

(na mocy 500 własnych spostrzeżeń)

napisali

Dr Kazimierz Dłuski i **Dr Stefan Rudzki**

Dyrektor Sanatoryum — I. asystent.

(Ciąg dalszy, ob. Nr 13).

Powstaje teraz ważne pytanie, dlaczego nie wszyscy chorzy na gruźlicę oddziałują na próby tuberkulinowe, — w tym przypadku na maść Moro.

Sam wynalazca odczynu skórnego otrzymał 17%

ujemnych wyników w jawnej gruźlicy. Objaśnia on je wycieńczeniem, ciężkim stanem chorych z daleko posuniętą gruźlicą, a zwłaszcza groźnemi powikłaniami, jak gruźlicze zapalenie opon (57% nie oddziaływało) oraz gruźlica prosówkowa (71% bez odczynu). W 5% jednak Moro nie mógł znaleźć żadnej widocznej przyczyny dla objaśnienia ujemnego odczynu.

Bullinger otrzymywał ujemny wynik »u starszych ludzi z zanikiem skóry«; powtórne — silniejsze i dłuższe wcieranie maści dawało dodatnie wyniki.

Większość autorów podkreśla, że odczyn nie występuje u ludzi bardzo wycieńczonych, różne jednak dają temu objaśnienia: jedni sądzą, że właściwości skóry zanikłej, suchej, wchodzą tu w grę, inni wyprowadzają wniosek, ujęty przez Wetzla, że ujemny wynik w ostatnich okresach gruźlicy, to tylko »objaw osłabienia i wyczerpania, analogiczny do małych podniesień ciepłoty u starych słabych ludzi, pomimo ciężkich spraw gorączkowych«. Teoretycznie jednak, jak twierdzi i Wetzell, »niema dotąd zadowalniającego wyjaśnienia«, dlaczego w III. okresie gruźlicy wynik prób tuberkulinowych bywa ujemny.

Przytoczeni przez Wetzla Blümel i Clarus sądzą, że w tych przypadkach wskutek przyzwyczajenia powstała pewna odporność na jady (Giftfestigkeit), wskutek czego ustrój nie oddziałuje więcej na podrażnienia toksyczne.

Citron przypuszcza istnienie wolnych niweczników we krwi i sądzi, że u chorych w III. okresie gruźlicy jest ich tyle, że chwytają one i zobojętniają natychmiast wszystkie wchodzące toksyny.

Chcąc wyświetlić tę sprawę z punktu widzenia klinicznego, poddaliśmy szczegółowemu rozbiorowi 145 przypadków naszych z wynikiem ujemnym, które w stosunku do ogólnej liczby 500 chorych wynoszą 29%. Według wieku mieliśmy: u dzieci do 15 lat 2 wyniki ujemne (czyli 14%), u młodych ludzi w wieku 15—20 l. — 21 przypadków (czyli 28%), u dorosłych od 21 do 50 l. — 111 przypadków (również 28%) i wreszcie u starych ludzi powyżej 50 l. u 11 osób (69%).

Już z tego zestawienia widać, że wiek odgrywa niewątpliwą rolę i że ujemny wynik próby Moro zdarza się najczęściej u osób starych, dotkniętych gruźlicą.

Według okresów chorzy ci dzielili się w następujący sposób:

I okres	Turbana	— 58	przypadków	= 22.5%
II »	»	— 55	»	= 35%
III »	»	— 32	»	= 37%

(Odsetki od ogólnej liczby chorych każdego okresu).

Tak tedy najwięcej stosunkowo ujemnych wyników mamy u ciężko chorych z gruźlicą w III. okresie, najmniej u lekko chorych.

W celu określenia przyczyny ujemnego wyniku próby Moro poddaliśmy analizie każdy poszczególny przypadek. Zgrupować je można, jak następuje: U 18 chorych bardzo ciężki stan ogólny przy wielkich zmianach w płucach i przeszło w połowie przypadków -- przy powikłaniach ze strony innych narządów (nerki w 4 przypadkach, krtań w 4, jelita w 6, opony mózgowe — 1).

Zaznaczyć tu należy, że chorzy ci, pomimo ciężkiego zakażenia gruźliczego, nieraz byli dobrze odżywieni, właściwości więc skóry odgrywały tu rolę podrzędną (brak zaniku).

W 47 przypadkach stwierdzić mogliśmy wielkie zmiany w płucach o niepewnem rokowaniu i niepomyślnym przebiegu klinicznym.

U 33 chorych cierpienie płucne nie było daleko posunięte, lecz ogólna odporność słaba (uporczywe stany podgorączkowe, mały przybytek na wadze, mierne samopoczucie przez cały czas obserwacyi i t. d.); być może, iż w wielu z tych przypadków zajęte były gruczoły śródpiersia.

W 11 przypadkach mieliśmy w płucach sprawę półczynną lub nieczynną — wyleczoną.

U 6 chorych — jedynie podeszłym wiekiem objaśnić mogliśmy brak odczynu tuberkulinowego (1—56 l., 3 po 58 l., 1—64 l. i 1—67 l.).

I tu jednak odżywienie u wszystkich prawie było dobre i skóra nie była w stanie zaniku.

Ciekawą rubrykę stanowi 6 chorych, u których według analogii z innymi podobnymi osobnikami gruźliczymi powinienby odczyn być dodatni, a którzy nie oddziaływali prawdopodobnie tylko z tego powodu, że jednocześnie wstrzykiwano im tuberkulinę (TBK) pod skórę. Do sprawy tej wrócimy jeszcze później.

Wreszcie w 24 przypadkach nie mogliśmy znaleźć żadnego objaśnienia dla ujemnego odczynu. Stanowi to 16% ogólnej liczby ujemnych wyników.

Już powyższe zestawienie daje dużo do myślenia o znaczeniu próby Moro dla rokowania w gruźlicy. Chcąc wyświetlić tę sprawę, staraliśmy się w każdym z naszych 500 przypadków dać odpowiedzi na następujące pytania: Jakie było rokowanie kliniczne w chwili wykonania odczynu, jak wypadł odczyn tuberkulinowy Moro, jaki był dalszy przebieg cierpienia i czy odpowiadał on naszym pierwotnym przypuszczeniom, czy też próba Moro rzuciła odrębne światło na rokowanie.

Z klinicznego punktu widzenia określaliśmy rokowanie, jako dobre, względne lub złe. Wyniki leczenia zestawiliśmy podług następujących grup: poprawa bardzo znaczna, znaczna lub względna, stan bez zmiany, pogorszenie.

Otóż słaby (Nr I) odczyn Moro wypadł w 266 przypadkach. Z nich rokowanie kliniczne było dobre w 151 przypadkach (57%), względne w 115 przypadkach (43%); złego rokowania nie mogliśmy przypuszczać w żadnym przypadku. Wyniki otrzymaliśmy następujące: bardzo znaczna poprawa w 5 przypadkach, znaczna poprawa w 140 (razem 54%), względna poprawa u 102 chorych (38%), stan bez zmiany u 15 (6%), pogorszenie u 4 (2%). Kliniczne tedy rokowanie w tych przypadkach, słabo oddziałujących na maść tuberkulinową, zgadzało się w ogólnych zarysach z otrzymanymi wynikami leczenia, a przeważali tu chorzy z dobrem rokowaniem.

Średni stopień odczynu Moro (Nr 2) mieliśmy u 68 chorych: w tej liczbie u 37 (54%) rokowanie kliniczne było dobre, u 31 (46%) względne. Wyniki leczenia były następujące: bardzo znaczna poprawa u 43 (razem 68%), względna poprawa w 16 przypadkach (24%); stan pozostał bez zmiany u 4 chorych (6%), w jednym przypadku nastąpiło pogorszenie (1%) i w jednym zejście śmiertelne (1%). Znaczna tedy poprawa u chorych ze średnim odczy-

nem Moro występowała o wiele częściej (68%), niż można było przypuszczać klinicznie (54%).

Jeszcze jaskrawsze są wyniki przy silnym odczynie Moro: na 21 przypadków rokowanie kliniczne było dobre 12 razy (57%), względne u 9 chorych (43%).

Natomiast przebieg wykazał bardzo znaczną poprawę u dwóch chorych, znaczne polepszenie u 15 (razem 81%), względną poprawę w 2 przypadkach (9½%) i pogorszenie również u 2 chorych (9½%). Tak więc niestosunek pomiędzy dobrem rokowaniem klinicznem (57%) a otrzymaną znaczną poprawą (81%) jest tu jeszcze większy, niż w poprzedniej grupie.

Z powyższego zestawienia widać, iż — niezależnie od okresu gruźlicy — rokowanie jest tem lepsze, im silniej występuje odczyn tuberkulinowy Moro. Co więcej, widzimy, iż kliniczne rokowanie, oparte na zwykłych przesłankach, daje mniej pewne wyniki i próba Moro jest pożytecznem uzupełnieniem badania i spostrzegania klinicznego.

Przytoczyć tu możemy kilka ciekawych przykładów, ilustrujących znaczenie odczynu Moro dla rokowania:

1) Adam K., 18 l., przybył do sanatoryum 24. VII. 1909 z jamą w prawym górnym płacie od szczytu do III. żebra i naciekiem dużym w lewym szczycie. Rokowanie bardzo wątpliwe. Moro + Nr 3 12. XI. 1909. Chory opuścił zakład 19. XI. 1909 po 119 dniach pobytu z nadzwyczajną poprawą: jama zmniejszyła się, pozostały tylko ślady rzężeń w prawym szczycie.

2) Helena C. 47. l., przybyła 29. IX. 1909: naciek całego prawego płuca, w X—XI 1909 rozpad w środkowym płacie prawego płuca. Gorączka do 39.5, średnio około 38·5 przez 6 miesięcy. Rokowanie niepomyślne. Moro Nr 2 25. IV. 1910 pomimo wstrzykiwania TBk od 14. II. 1910. Ciepłota od marca 1910 czasami tylko podgorączkowa (do 37·4). Chora opuściła zakład 10. VII. 1910 po 286 dniach pobytu ze znaczną poprawą: przybytek na wadze = 7,1 kg, w prawem płucu jama zabliźniła się, pozostało bardzo mało rzężeń tylko w dolnym płacie.

3) Michalina O., 23 l., przybyła 9. XI. 1909. Wycieńczenie wybitne. W obu szczytach wyraźne nacieki. Stany podgorączkowe do 37·5. Rokowanie wątpliwe. 15. XI. 1909. Moro + Nr 3. Chora opuściła zakład 31. III. 1910 po 143 dniach pobytu z bardzo znaczną poprawą: przybytek na wadze = 13·5 kg, ciepłota prawidłowa, w szczytach pozostało nieznaczne skrócenie odgłosu opukowego z lewej strony, rzężenia znikły.

4) Michał K., 16 l., przybył 4. V. 1911 ze znacznem wycieńczeniem. W prawym górnym płacie duży naciek z jamą w I—II międzyżebrzu, w lewym górnym płacie rozpadający się naciek. Ciepłota do 38.0. Rokowanie niepomyślne. 6. VII. 1911 Moro + Nr 3. Chory wyjechał 29. VIII. 1911 po 118 dniach pobytu ze znaczną poprawą: przybytek na wadze = 4·3 kg, ciepłota od połowy sierpnia prawidłowa; rozpad powstrzymał się, pozostało bardzo mało rzężeń w obu szczytach.

5) Wincenty M., 25 l., przybył 18. VI. 1911. Duży naciek w lewym górnym płacie i mniejszy w prawym szczycie; gruźlica krtani z owrzodzeniem na lewej chrząstce nalewkowatej. Ciepłota do 37·5. Rokowanie wątpliwe. 5. VII. 1911 Moro + Nr 3. Chory wyjechał 6. XI. 1911 po 142 dniach pobytu ze znaczną poprawą: przybytek na wadze = 10·3 kg, ciepłota prawidłowa. Krtań wygojona. W płucach pozostało przytłumienie w lewym szczycie i ślady rzężeń tylko nad lewym grzebieniem.

6) Władysława A. 20 l., przybyła 9. VII. 1911 z dużym naciekiem całego górnego płatu lewego płuca (w III. międzyżebrzu jama), oraz niewielkim naciekiem prawego szczytu. Wycieńczenie mierne. Ciepłota do 37·4. W sierpniu przez 3 tygodnie lewostronne suche zapalenie opłucnej z ciepłotą do 39·5 i ogólnym ciężkim stanem (nieprzytomność, bredzenie); później przez miesiąc stałe stany podgorączkowe (do 37.5). Rokowanie wątpliwe. 28. XI. 1911 Moro + Nr 2. Chora opuściła zakład 9. XII. 1911 po 154 dniach pobytu ze znaczną poprawą: przybytek na wadze = 8·7 kg; ciepłota prawidłowa; jama z lewej strony zmniejszyła się. Rzężeń ślady tylko nad prawym obojczykiem.

We wszystkich tych przypadkach zmiany w płucach były duże, rokowanie kliniczne niepomyślne lub wątpliwe. Odczyn Moro wypadł jednak bardzo wybitnie i chorzy rzeczywiście uzyskali znaczną poprawę zdrowia.

Niemniej ważny dla rokowania jest ujemny wynik odczynu Moro.

Na 145 przypadków tej kategoryi rokowanie kliniczne było dobre tylko u 52 chorych (36%), względne w 82 przypadkach (56%), jako złe zaś musieliśmy rokowanie określić 11 razy (8%). Wyniki leczenia były następujące: bardzo znaczna poprawa u jednego chorego, znaczne polepszenie u 57 (razem 40%), względna poprawa u 58 (40%), stan bez zmiany u 25 chorych (17%), pogorszenie u 3 (2%), śmierć w 1 przypadku (1%).

Tak więc widzimy, iż ujemny odczyn Moro był w przypadkach, dających gorsze rokowanie kliniczne (wybitna przewaga względnego rokowania nad dobrem, złe rokowanie w szeregu przypadków); wyniki leczenia potwierdziły przypuszczenia z góry powzięte i wykazały daleko mniejszy odsetek znacznej poprawy (40%), niż w jakiejkolwiek innej kategoryi wyżej rozpatrzonej.

Znaczenie ujemnego odczynu Moro ilustrujemy również kilku przykładami klinicznymi:

1) Natalia L., 16 l., przybyła 2. IV. 1910 z jamą w prawym górnym płacie i niewielkim naciekiem w lewym szczycie. Pomimo względnej poprawy w płucach i stałego braku gorączki odczyn Moro ujemny 8. VI. 1910. W końcu czerwca i w lipcu szybki spadek wagi, powstanie nowego ogniska w dolnym płacie prawego płuca. 1. VIII. 1910 opuściła zakład z pogorszeniem, 22. XII. 1910 w domu zmarła.

2) Mikołaj B., 10 l., przybył 5. VII. 1910. Odżywienie upośledzone. W szczytach, zwłaszcza w lewym, znaczne zmiany opukowe i oddechowe bez rzężeń. Gruźlica kości lewego przedramienia. Ciepłota do 39·0, pomimo ciężkiego zrazu stanu po miesiącu pobytu nastąpiła w płucach wyraźna poprawa, ciepłota nieco obniżyła się, przybytek na wadze = 0,4 kg. Jednakże odczyn Moro 7. VIII. 1910 ujemny. W 3 tygodnie potem, 27. VIII. 1910, śmierć na gruźlicze zapalenie opon.

3) Antoni S., 42 l., powtórnie przybył do sanatoryum 1. III. 1910. W obu szczytach, głównie w prawym, nacieki ze skłonnością do rozpadu z prawej strony. Częste krwioplucia. Stany podgorączkowe. Pomimo to stan ogólny i miejscowy zaczął się poprawiać. Odczyn Moro jednak 2. V. 1910 ujemny. 3. VI. 1910 chory opuścił zakład po 95 dniach leczenia ze znaczną poprawą. 25. VIII. powraca: poprawa w płucach utrzymuje się. Po 120 dniach leczenia chory znów wyjeżdża 22. XII. 1910 ze względnem polepszeniem. 29. I. 1911 poraz czwarty przyjeżdża do sanatoryum: w płucach niema pogorszenia, natomiast wystąpiły objawy gruźlicy nerek. Po 56 dniach chory wyjechał do domu 25. III. 1911 i w niespełna miesiąc potem zmarł.

4) Michał K., 45 l., przybył do zakładu 20. X. 1911 z niewielkimi naciekami w obu szczytach; stany podgorączkowe. Pomimo obniżenia się ciepłoty i przybytku na wadze 3·5 kg w ciągu miesiąca, odczyn Moro 28. XI 1911 ujemny. W tymże czasie w lewej pasze wykazano nowe

ognisko, które zaczęło szybko powiększać się i rozpadać. 30. XII. 1911 chory wyjechał z pogorszeniem po 72 dniach pobytu.

We wszystkich tych przypadkach pomimo poprawy w stanie chorych, odczyn Moro wypadał ujemnie i dalsza obserwacya stwierdzała powstawanie nowych ognisk gruźliczych bądź to w płucach, bądź w innych narządach z zejściem niepomyślnem.

Zestawiając tedy w poglądowej tablicy liczby, otrzymane przy analizie wszystkich stopni próby Moro, otrzymamy następujące wyniki:

Odczyn Moro.

	Ujemny	Dodatni		
		Nr 1	Nr 2	Nr 3
Rokowanie kliniczne:				
dobre	36%	57%	54%	57%
względne	56%	43%	46%	43%
złe	8%	—	—	—
Wyniki leczenia:				
znaczna poprawa	**40%**	**54%**	**68%**	**81%**
względna poprawa	40%	38%	24%	$9^1/_2$%
bez zmiany	17%	6%	6%	—
pogorszenie	2%	2%	1%	$9^1/_2$%
śmierć	1%	—	1%	—

Widzimy tu prosty stosunek pomiędzy stopniem odczynu a rokowaniem (oczywiście nie w każdym poszczególnym przypadku, lecz wogóle).

Bezstronny tedy rozbiór naszego materyału klinicznego pozwala nam dojść do wniosku, iż próba z maścią tuberkulinową ma niewątpliwe znaczenie prognostyczne i że im odczyn Moro jest silniejszy, tem rokowanie jest lepsze.

Zdania innych autorów w tym względzie są dość podzielone:

Moro wspomina tylko, że ujemny odczyn przemawia za niebezpiecznem uogólnieniem sprawy gruźliczej lub szczęśliwem zejściem w zupełne wyleczenie: »in Anbetracht dessen ist eine prognostische Verwertung der Reaktion nicht angängig« [17]).

Z innych autorów Emmerich i Monti — niezależnie jeden od drugiego — stwierdzają, iż niewystąpienie odczynu Moro przemawia za postępującą gruźlicą i że w daleko posuniętych przypadkach choroby próba Moro wcześniej zawodzi, niż inne odczyny tuberkulinowe.

Wetzell wreszcie dochodzi do wniosku, iż ujemny wynik przy pewnej gruźlicy daje rokowanie niepomyślne.

Zdania powyższych autorów nie stoją tedy w sprzeczności z naszymi poglądami wyżej wypowiedzianymi, lecz są mniej kategoryczne od nasuwających się z rozbioru naszego materyału.

[17]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 247.

Dotkniemy tu jeszcze jednego ważnego pytania, któremu mało uwagi poświęcono w piśmiennictwie, a mianowicie: jak się zachowuje ustrój przy powtórnych wcieraniach maści tuberkulinowej.

Na sprawę tę, zawiłą i ciekawą zarówno pod względem klinicznym, jak i teoretycznym, postaramy się rzucić światło na podstawie własnego materyału.

Z ogólnej liczby 500 chorych u 61 wykonaliśmy próbę Moro dwukrotnie, u 7 trzykrotnie i u jednego cztery razy.

Powtarzając próbę Moro u tego samego osobnika, trzymaliśmy się dwóch zasad: 1) robić przerwę pomiędzy wcieraniami nie krótszą, niż czterotygodniową; 2) wybierać dla powtórnego wcierania maści inne miejsce, niż za pierwszym razem.

W razie prędkiego powtórzenia próby Moro spotkać się można z zarzutem, iż ewentualny dodatni odczyn nie świadczy o istnieniu ogniska gruźliczego w danym ustroju, lecz, że otrzymaliśmy wprost odczyn na tuberkulinę, poprzednio wprowadzoną do ustroju z zewnątrz.

Możliwe też jest sztuczne wzmożenie następnego odczynu, jak to miewali Heineman i Emmerich, którzy po odczynie W. Eisnera, wzgl. Pirqueta, wkrótce robili wcierania maści Moro.

To też u naszych chorych tylko w jednym przypadku powtórzyliśmy próbę z maścią tuberkulinową po 9 dniach, raz po 3 tygodniach, poza tem po upływie miesiąca 1 raz. po 5 tygodniach 2, po 6 tyg. 2, po 7 tyg. 8 razy, po 2 mies. 8 razy, po 3 mies. 12 razy, po 4 mies. 6 razy, po 5 mies. 5, po 6 mies. 1, po 9 mies. 2 razy, po 11 mies. 2 razy, po roku 4 razy, po 13 mies. 1 raz, po 14 mies. 1 raz i wreszcie po 16 mies. 1 raz.

Zmienialiśmy również, jak już wyżej zaznaczono, miejsce wcierania, gdyż (wedle Kanitza), »miejscowe działanie odczynu nie ustaje po jego zniknięciu, lecz tuberkulina wywołuje na miejscu zastosowania zmiany, które długo trwają i nadają tkankom swoistą nadczułość, zupełnie tak, jak to bywa przy rzeczywistych ogniskach gruźliczych«.

Wyniki, przez nas otrzymane przy powtórnem wcieraniu, ująć się dadzą w następujące grupy, w których O oznacza ujemny wynik, liczby zaś 1 — 2 — 3 — stopnie dodatniego odczynu.

Pierwsze wcieranie	Drugie wcieranie	Ilość chorych
0	0	13
0	1	17
0	2	1
0	3	2
1	0	6
1	1	13
1	2	4
2	1	1
2	2	2
3	2	1
3	3	1
	Razem	61

Pierwsza kategorya — z ujemnym wynikiem pomimo powtórzenia odczynu — składała się z następujących przypadków:

Trzech ciężko chorych, zasługujących na opisanie szczegółowsze:

1) Ks. Franciszek S., 43 l., leczy się w sanatoryum od stycznia 1903 r. z krótkiemi przerwami (miejscowy ka-

pelan). W obu płucach, głównie w szczytach, rozległe nacieki ze skłonnością do rozpadu. Częste stany podgorączkowe.

25. I. 1910 odczyn Moro ujemny. W 3 miesiące potem, 25. IV. 1910 powtórna próba Moro znów wypadła ujemnie, chociaż w tym czasie nastąpiło polepszenie w płucach i w stanie ogólnym. 29. IV. 1911 chory wyjechał z sanatoryum ze względną poprawą. 19. VI. 1911 w domu zmarł.

2) Jerzy K., 21 l., poraz trzeci przybył do sanatoryum 11. IV. 1910 z dużym naciekiem w górnym płacie prawego płuca. Stan bezgorączkowy. 25. IV. 1910 odczyn Moro ujemny. W 6 tygodni potem 8. VI. 1910 znów ujemny wynik próby Moro: w międzyczasie 19. V. 1910 nagły krwiomocz, w moczu ślady białka i pojedyncze prątki Kocha. 17. VI. 1910 chory wyjechał do domu; czuł się dość dobrze, gospodarował. Wrócił do sanatoryum po 9 miesiącach 3. III. 1911 bez większego pogorszenia w płucach, lecz z wyraźnemi zmianami gruźliczemi w nerkach. 19. IV. 1911 chory wyjechał do Krakowa, gdzie zmarł 3. V. 1911.

3) Mieczysław P., 24 l., przybył 17. VII. 1910 z niewielkimi naciekami w obu szczytach. Nieznaczne stany podgorączkowe. Pomimo wyraźnej poprawy ogólnej (przybytek na wadze 2·8 kg w ciągu miesiąca, utrata gorączki) i względnego polepszenia w płucach – odczyn Moro 16. VIII. 1910 ujemny. Przy postępującej poprawie (przybytek na wadze = 6 kg, w szczytach wyjaśnienie odgłosu opukowego i t. d.) powtórna próba Moro 3. X. 1910 znów ujemna. Dalszy przebieg zmienny. (Chory 3 razy z przerwami bawił w sanatoryum). Poprawa w płucach utrzymywała się, lecz w jesieni 1911 r. rozwinęła się gruźlica nerek i chory w domu zmarł 19. II. 1912.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Orlowski (Berlin): **Die Schönheitspflege für Ärzte und gebildete Laien**. Wydanie III. Würzburg 1913. Nakł. C. Kabitzsch (A. Stuber). Stron 132, z 30 rycinami w tekście. Cena 2.50, w oprawie 3 mrk.

Zapisując pojawienie się dziełka Orlowskiego w III przerobionem wydaniu, powołujemy się na to, cośmy o znaczeniu i wartości takich półpopularnych, na niewielkie rozmiary zakreślonych dziełek powiedzieli przy sposobności II wydania (»Przegląd lekarski« 1909, Nr 31, str. 489). Lekarz-specyalista nie znajdzie w takiej książce zapewne nic, albo niewiele nowego, ale może ona przynieść pożytek lekarzowi-praktykowi, zmuszonemu nieraz udzielić rady kosmetycznej niejednej swej stałej pacyentce, nie chcącej lub nie mogącej zwrócić się do specyalisty. Dla laików książka taka może o tyle być pożyteczna, o ile zapoznając ich z granicami sztuki kosmetycznej, uczy nie żądać i nie spodziewać się niemożliwości i otwiera im oczy na oszukańczą reklamę partacką, właśnie tę publiczność najłatwiej łapiącą w sidła, która szuka środków na zachowanie lub poprawienie swej urody.

Wydanie trzecie dziełka Orlowskiego nie różni się układem od poprzedniego wydania; prócz poprawek, dokonanych przez autora, uzupełnił je nowymi szczegółami uproszony o współpracownictwo Dr Lautsch. Liczba rycin wzrosła o pięć. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Bloch. **Rzekomo gruźlicze schorzenie płuc.** (Wien. med. Woch. 1913 Nr 8). Istnieje postać chorobowa, przez wielu klinicystów nie uznawana, a która swojem usadowieniem, danemi opukowemi i osłuchowemi nie różni się od klinicznego obrazu nacieku gruźliczego szczytu prawego płuca. Często krwotoki, oraz mikroskopowo znajdowane włókna elastyczne, a nawet pojedyncze bakterye gruźlicze, dalej poty nocne i gorączka utrudniają rozpoznanie. Według B. rozwija się nieraz w tych przypadkach gruźlicze schorzenie płuca, ale sprawą chorobową pierwotną jest stwardnienie zapadowe (Kolapsinduration) niegruźlicze prawego szczytu płucnego na tle przewlekle utrudnionego oddychania nosem czyto wskutek przerostu małżowin, czy też wrodzonego skrzywienia przegrody nosowej. B. twierdzi nadto, że ludzie, dotknięci gruźlicą płuc, nigdy nie zapadają na ostry nieżyt błony śluzowej nosa, są niejako przeciwko temu uodpornieni. W przypadkach wątpliwych (np. początkowa gruźlica płuc czy grypa) obecność ostrego nieżytu nosa rozstrzyga zdaniem B. za, a brak nieżytu przeciw rozpoznaniu gruźlicy (?). Siedzibę zmian w prawym szczycie tłomaczy B. różnicą w budowie anatomicznej obu szczytów: prawe oskrzele jest szersze, liczniejsze są tu też jego rozgałęzienia. Powietrze dostaje się tu w większej ilości, i to powietrze, zawierające dużo drobnoustrojów, stąd większa łatwość powtarzania się tu spraw nieżytowych z następowem stwardnieniem. Cała tkanka płucna w szczycie, pozbawiona włókien elastycznych (?), ma zmniejszoną siłę wydechową, jest dobrem podłożem dla drobnoustrojów. Na podstawie obserwowanych i leczonych przez siebie przypadków dochodzi B. do wniosku, że operacyjne przywrócenie drożności nosa sprowadza za sobą w bardzo szybkim czasie cofnięcie się wszystkich objawów klinicznych tego rodzaju schorzenia szczytu prawego płuca. HS.

Hainiss. **Znaczenie rozpoznawcze objawu trojaka. (signe du sou).** (Wien. medizin. Wochenschr. 1913. Nr 1). W warunkach prawidłowych płuc, o ile osłuchujemy je z jednej strony, podczas gdy ktoś inny po przeciwległej stronie uderza monetą jedną o drugą przyłożoną do ciała, słyszymy ton metaliczny, przytłumiony, bezdźwięczny. Podobnie przytłumiony ton słyszy się przy zapaleniu oskrzeli, a zupełnie stłumiony przy nacieku w płucach. W razie obecności płynu w opłucnej słychać dźwięk wyraźny metaliczny, gdy jest jeszcze powietrze obok płynu — to dźwięk ma jeszcze podźwięk metaliczny. Badać należy nie w jednem miejscu, a posuwając się od szczytów w dół łatwo oznaczyć granicę zawartego ewentualnie w opłucnej płynu. Wykonywane potem próbne nakłucia potwierdzały zawsze wyniki, osiągnięte zapomocą tego objawu. Znaczenie rozpoznawcze tego objawu jest zwłaszcza doniosłe, jeżeli zachodzi wątpliwość, czy chodzi o duży naciek zapalny samych płuc, czy też w połączeniu z wysiękiem opłucnym, czy wreszcie o sam wysięk opłucny. HS.

Grober. **O wpływie długotrwałej pracy ustroju na serce.** (Wien. med. Woch. 1913, Nr 7). Autor na podstawie własnych spostrzeżeń i badań nad stosunkiem wagi serca do wagi całego ciała u najrozmaitszych zwierząt i ptaków doszedł do wniosku, że zwierzęta bardzo szybko biegające, czy też fruwające, mają serce stosunkowo większe, niż te, które pędzą życie spokojne i leniwe. Nadto porównując np. serce zająca z sercem królika domowego, zauważył G., że silniejszy wzrost serca u zająca nie dotyczy jego lewej połowy, jak się to na oko wydaje, ale właśnie komory prawej. Autor przypuszcza, że dzieje się to wskutek utrudnionego krążenia płucnego, a więc wzmożonego ciśnienia w tętnicy płucnej, wywołanego rozedmą płuc, powstałą po nadmiernej pracy. HS.

Nobel i Hecht. **Zachowanie się elektrokardyogramu podczas narkozy.** (84. Zjazd niem. przyrodn. i lekarzy). Wychodząc z założenia, że chloroform oddziaływa niekorzystnie na serce, badali autorzy zachowanie się krzywych elektrokardyograficznych od początku uśpienia chloroformowego aż do samej śmierci. Doświadczenia swoje wykonywali na królikach, psach i małpach. Przeważnie można było stwierdzić zaburzenia przewodnictwa różnego

nasilenia, rzadziej skurcze dodatkowe i napadowe kołatanie, tu i ówdzie drgania przedsionków z nieprzerwaną niemiarowością. W jednym przypadku wykonano zdjęcie elektrokardyograficzne podczas prawidłowego uśpienia chloroformowego dziecka; krzywa elektrokardyograficzna w tym przypadku niczem się nie wyróżniła. Glassner.

Danielsen. **Ogólne ropne zapalenie otrzewnej wskutek tasiemca.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 8). Znaną jest rzeczą, że pasorzyty (oxyuris, trichocephalus, ascaris) wywoływać mogą, choć rzadko, ropnie, przetoki i zapalenie otrzewnej. Przy tasiemcu jednak dotąd tego nie spostrzegano. Otóż autor, operując chorą na zapalenie otrzewnej, znalazł przy operacyi w jamie brzusznej kilka członów tasiemca, a prócz tego wielką część jego razem z główką w jajowodzie; $^1/_2$ metra powyżej zastawki Bauhina znalazł otwór w jelicie cienkiem. Niema mowy o tem, aby tasiemiec mógł przegryźć ścianę jelita, niema bowiem do tego odpowiednich narządów. Natomiast przez wywiady przekonano się, że ta chora przebywała przed dwoma laty ropne zapalenie jajników i jajowodów. Wskutek tego powstały zapewne zrosty między jajowodem a jelitem z przebiciem ropy do jelita. Przez otwór ten wpełznął tasiemiec do jajowodu; z czasem zrost się rozluźnił, a w końcu pod wpływem ruchów tasiemca uległ przerwaniu. Zmiany w jajniku i jajowodzie były jeszcze widoczne. K.

Jagić. **O żywieniu i przepisach dyety w szpitalach.** (Med. Klinik 1913. Nr 10). Wielką trudność sprawia w administracyi szpitalnej normalne pożywienie chorych, bo z jednej strony chodzi o to, by chorzy byli dostatecznie żywieni, z drugiej, by to nie kosztowało zbyt dużo, a także dlatego, by można było w koniecznych razach u innych chorych stosować specyalne, a przez to kosztowne dyety. Projekt J. jest następujący: Obiad: bulion, rosół, albo zupy złożone z mąki, kasz, jarzyn bez mięsa; sztuka mięsa (100 grm. dla mężczyzn, 80 dla kobiet), a we czwartek i niedzielę pieczeń (wołowa, cielęca, wieprzowa) z dodatkiem ziemniaków lub grochu, fasoli, ryżu, sałaty, kompotu, knedli itp. Rano kawa, herbata lub kakao. Wieczorem potrawa mleczna, lub kiełbasa, kiszka, parzonki, makaron, ziemniaki, kasza i t. p. Prócz tego przez dzień 3 bułki albo chleb, $1^1/_2$ litra mleka. Chleb trzeba odmieniać często podług smaku chorego. Gdy chory ma pragnienie, nie drogim napojem są soki owocowe. Dyety specyalne są znacznie kosztowniejsze, np. pożywienie dla chorego na cukrzycę kosztuje średnio 2 kor. 80 hal. dziennie, jeszcze więcej dyeta tuczna i t. d. Bardzo obciążają budżet szpitala jaja, szynka, wody mineralne, dlatego powinno się je stosować tylko w wyjątkowych przypadkach. A.

Kutschera. **Przeciwko teoryi powstawania wola i matołectwa drogą wody.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 8). Zdawałoby się, że nie ulega już wątpliwości, iż wole powstać może przez używanie wody z pewnych źródeł. Przemawiać za tem mają różne epidemie, dalej fakt, że wole przez zmianę miejsca pobytu chorego może ustąpić i naodwrót nabycie wola przez osiedlenie się w okolicy »wolowej« i t. p. Tymczasem szczegółowe badania autora doprowadziły go do zupełnie innego przeświadczenia. Przedewszystkiem starał się odszukać słynne studnie »wolowe« i przekonał się, że na miejscu nikt o tem nic nie wie, i wiele osób z nich pija, a wola nie ma. Przekonał się także, że w osadach, gdzie wole panuje, szerzenie się jego nie ma nic wspólnego z wodą, natomiast łączy się ściśle ze sprawą mieszkań i rzeczywiście osoby, które wnoszą się do domu, gdzie przedtem przebywali chorzy na wole, dostają wola. Znane są też endemie wola, które wybuchały w kasarniach, pensyonatach i t. d. w pewnych tylko ubikacyach. W wojsku opisywano endemie wola, na które zapadali tylko szeregowcy, a oficerowie, nie mieszkający w kasarniach pozostawali zdrowi, choć pili tę samą wodę. Wole i matołectwo są zdaniem K. dlatego typowemi chorobami rodzinnemi, bo jedni zarażają się od drugich w domu. Zupełna przebudowa domu wywołuje też nieraz, jak się autor przekonał, zniknięcie wola. Popisowi przenoszą się czasem do miejscowości, gdzie panuje wole, aby »przez picie wody« dostać tej choroby (uwalniającej od wojska) i istotnie dostają wola, lecz przez to, że mieszkają w »zakażonych« domach. Również przekonał się autor, że nie jest prawdą, by w pewnych gminach wole znikało dzięki zaprowadzeniu wodociągów. Wole tam znika, ale przez to, że przy zaprowadzeniu wodociągów wprowadza się też różne adaptacye i przebudowy w domach. W pewnej rodzinie przed pożarem domu wszystkie dzieci były matołkami lub miały wole, po wystawieniu zaś domu nowego rodziły się dzieci zdrowe, choć woda pozostała ta sama. W miastach wole jest rzadsze, bo ludzie nie mieszkają długo w jednem mieszkaniu. W Bośni, podług Taussiga, cierpią na wole głównie mahometanie, siedzący dużo w swych domach, a ludność austryacka zapada na wole rzadko, choć używa tej samej wody. Doświadczalne wywoływanie wola u zwierząt przez podawanie wody udaje się tylko w »wolowej« miejscowości, a gdzieindziej nie udaje się. Chagas opisał chorobę. nazwaną jego nazwiskiem, a powstającą przez ukąszenie pluskwy drzewnej, która przenosi świdrowce. Choroba ta przypomina matołectwo, cechuje się wolem. Epidemie wola i matołectwa przypominają żywo wybuchy zimnicy. w pewnych okolicach. K. dochodzi do wniosku, że teorya »wodna« nie ma wcale podstaw, a wole i matołectwo przenosi z osoby na osobę nieznany nam zarazek (może przez tak zw. gospodarza pośredniego) przez obcowanie w domu. K.

Neurologia.

Ortfried Förster: **Zapalenie nerwów obwodowych przyrody miażdżycowej** (Wiener med. Wochschr. Nr. 5, 1913.). Autor na podstawie swego własnego doświadczenia i zebranego materyału przypomina tę wcale nierzadką postać miażdżycowego zapalenia nerwów obwodowych, które pod względem anatomicznym zostało niewątpliwie stwierdzone przez prace Minkowskiego, Lorenza, Oppenheima, a zwłaszcza Schlesingera. We wszystkich przypadkach autora były objawy ogólnej miażdżycy naczyń serca, aorty i układu nerwowego ośrodkowego. Inne zwyczajne przyczyny zapalenia nerwów (jak zatrucie ołowiem, alkoholem przymiot lub choroby zakaźne) były bezwarunkowo wyłączone; niemniej warto zaznaczyć, że w tętnicach obwodowych odpowiednich kończyn nie było zmian miażdżycowych a zatem nie były to przypadki, znane pod nazwą »dysbasia angiosclerotica«.

Przypadki autora miały następujące cechy charakterystyczne: Prawie zawsze były zajęte sprawą chorobową pojedyncze sploty lub pojedyncze nerwy, wszystkim przypadkom towarzyszyły nader silne bóle przy prawie zupełnym braku tkliwości na ucisk i zaburzeń czuciowych. Ze względu na przebieg podkreślić trzeba pewną skłonność do zwolnień objawów chorobowych, nawet do zupełnego wyleczenia, niemniej jednak zdarzają się nawroty lub przejścia na inne pnie nerwowe. Ogółem jednak przebieg jest przewlekły. Glassner.

Müller: **Próby lecznicze w ciężkiej migrenie.** (Pos. Tow. lek. Marburg XII, 1912). Bardzo często ciężkie migreny u kobiet pozostają w związku z narządem rodnym. Tak n. p. nieraz wykazać się daje związek z regularnością, ustawanie migreny w okresie przekwitania, zwykle ustawanie napadów w dalszych miesiącach ciąży i podczas karmienia i t. p. O ile taki związek da się wykazać, proponuje M. podjąć próby z naświetlaniem jajników. Osiąga się przez to niekiedy wybitny skutek lub przynajmniej złagodzenie napadów, albo czasowe ich ustanie, o czem przekonał się M. w 3 odpowiednich przypadkach. A.

Schellone. **Objawy »nerwowości« jak: przyspieszenie tętna, wzmożone odruchy kolanowe, dermografia, drżenie języka, powiek, rąk, punkt uciskowy Erba**

u zdrowych (Med. Klinik, 1912, Nr 47). Autor, zbadawszy przeszło 1000 ludzi zdrowych w kierunku powyższych objawów, doszedł do przekonania, że objawy te istnieją u wielkiej liczby ludzi zdrowych, a wcale nie uprawniają do rozpoznawania nerwowości, stałego nerwowego podrażnienia, a tembardziej nerwicy n. p. urazowej. Na ich podstawie nie można orzekać o trwałem uszkodzeniu układu nerwowego i przyznawać dłuższą rentę czy odszkodowanie. I tak za objaw neurastenii uważa się przyspieszenie tętna, a zdarza się ono u ludzi często nie nerwowych, ale n. p. niedokrwistych, obarczonych blednicą, początkową gruźlicą, dalej w okresie pokwitania, u nadużywających alkoholu, tytoniu, oddających się sportom, po niedospaniu lub przy kombinacyi kilku powyższych czynników. Kobiety mają tętno bardziej przyspieszone, niż mężczyźni. Zwolnienie tętna występuje, gdy badany ze stojącej lub siedzącej pozycyi przechodzi w leżącą, naodwrót występuje przyspieszenie, gdy badany, przedtem leżący, siada lub wstaje. Wzmożenie odruchów kolanowych nigdy nie przemawia za chorobliwie wzmożoną pobudliwością układu nerwowego i nie jest nigdy wyrazem neurastenii. Ma ono znaczenie, gdy albo po jednej stronie odruchu zupełnie brak, a po drugiej jest bardzo wzmożony lub jeśli wzmożenie jest tak znaczne, że przy uderzeniu w ścięgno mięśnia czterogłowego występują jego drgawki. Autor radzi tu stosować zasadę Steinerta, by za odruchy wzmożone na tle neurastenii uważać te odruchy, które występują po uderzeniu w rzepkę lub kość goleniową przy zwisających goleniach. Wzmożenie bowiem odruchów kolanowych w granicach jeszcze fizyologicznych, t. j. nie w powyżej wymienionych odmianach, jest bardzo zmienne, występuje często po wysiłkach fizycznych i przejściach psychicznych, często też po źle przespanej nocy, po nadużyciu alkoholu. Przytem nieraz zauważa się u takiego człowieka nadmierną wrażliwość na bodźce słuchowe czy wzrokowe, jak to i na sobie nieraz doświadczyć można. Dermografię uważać za dowód nerwowości byłoby nonsensem. Przecie już u noworodków i u dzieci widać po pociągnięciu paznokciem lub półostrem narzędziem po skórze najpierw bladą smugę, która po kilku sekundach od brzegów poczyna się czerwienić, aż wystąpi smuga czerwona. Objaw ten, najwyraźniejszy na piersi i brzuchu, spostrzegał autor zarówno u noworodków, jak u starców do lat 89, zarówno u brunetów, jak blondynów, a nigdy nie zauważył zupełnego braku tego objawu, lecz raczej różnicę w czasie występowania od chwili podrażnienia skóry. I czas ten jest chyba jedynie charakterystycznym dla osób »nerwowych« o tyle, że jeśli wynosi on od 1—3 sekund, można mówić o silniejszej nerwowości, jeśli 3 - 6 sekund — o słabej, powyżej 6 sekund występuje prawie u każdego zdrowego człowieka. Drżenie języka, rozstawionych palców, występuje również u 26% zdrowych ludzi, trudno je więc uważać za objaw chorobowy. Drżenie powiek górnych spotyka się u 70% ludzi wogóle badanych, nie nerwowych. Punkt uciskowy Erba (zwój ramieniowy) wywołuje często ból u ludzi zdrowych, zależnie od ucisku, a ucisk na ten punkt u 6—9% badanych wywołuje kurcz mięśnia zginacza głowy. Autor radzi więc zachować wielką ostrożność w rozpoznawaniu i rokowaniu na mocy powyższych objawów. Mondschein.

Salerni. **Luminal w praktyce psychiatrycznej** (Riforma med. Nr 7 1913). Luminal i jego sól sodowa, są to środki nasenne, różniące się od weronalu przez podstawienie grupy fenilowej w miejsce jednej z grup etylowych. S. stosował go u pięćdziesięciu chorych na rozmaite zboczenia umysłowe, jak otępienie (dementia paranoides), stany maniakalne, maniakalno-depresyjne, obłęd starczy, psychozy u opilców, podniecenia przy rumieniu lombardzkim i in. Jako jednorazowej dawki wewnętrznej używał 0·3—0·6 g. tak luminalu, jak jego soli, podskórnie zaś stosował 0·5 —1·00 g, przyczem nie spostrzegał żadnych zmian miejscowych. Początek działania leku występował średnio w trzy kwadranse, rano zaś niekiedy dopiero w 3—4 godzin po użyciu. Działanie uspokajające następowało stopniowo, bez żadnych skutków ubocznych, z wyjątkiem niekiedy uczucia ociężałości, które utrzymywało się czasem i przez dzień następny. Działanie nasenne trwało czasem 8 - 9 godzin i podobnie, jak przebudzanie się, wolne było od ujemnych skutków. Natomiast wysokie dawki (0·8 — 1·0) wywoływały nietyle sen, ile raczej odurzenie, zawroty, osłabienie kończyn dolnych i utrudnienie mowy; te same skutki spostrzegał S. i po średnich dawkach, lecz podawanych parę dni z rzędu bez wyraźnego wyniku dodatniego; niekiedy stwierdzał przejściowe zmniejszenie pojemności oddechowej i również przejściowe zwolnienie tętna. Czasem był wynik zupełnie ujemny, mianowicie w przypadkach długotrwającego podniecenia psychomotorycznego i tam, gdzie równocześnie zachodził nieżyt żołądka. S. dochodzi do wniosku, że luminal używany czy to podskórnie, czy wewnętrznie, nie działa szczególnie w jakiemś określonem zboczeniu umysłowem, lecz że skuteczność jego zależy od natężenia sprawy chorobowej i od warunków fizycznych danego chorego; tak np. najszybsze i najdłużej trwające wyniki miewał S. u chorych fizycznie osłabionych, choćby nawet zaburzenie umysłowe było daleko posunięte. W każdym razie luminal okazał się skuteczniejszy od dotychczas używanych środków nasennych, choć początek działania jest późny; z tego też względu jako lek uspokajający ma luminal mniejsze znaczenie praktyczne, niż hyoscyna, skopolamina i duboizyna. Dr T. T.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XXI. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 9 (22) XI. 1912 r.

Obecnych członków 22, gości 8. Ponieważ prelegentem na tem posiedzeniu był wiceprezes wydziału Dr Sz. Dzierzgowski, przeto na ogólną prośbę przewodniczył były prezes, członek honorowy »Związku«, prof. Otton Czeczott.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Sz. Dzierzgowski: **O leczeniu błonicy surowicą błoniczą przez odbytnicę.** Prelegent pracuje nad tym przedmiotem od r. 1899, a obecnie prowadził doświadczenia z Dr Blumenau na zwierzętach: psach, królikach; wyniki tych badań wykazały, że przy wprowadzeniu surowicy do żołądka uodpornić ustroju nie można, albowiem kwas solny działa zabójczo i antytoksyna nie zostaje wessana. Doświadczenia Dr Piwowarowa wykazały, że można ustrój uodporniać, wprowadzając antytoksynę przez odbytnicę. Otóż mówca podjął w tym kierunku badania, lecz wyniki otrzymał wręcz przeciwne, wobec czego przypuszcza, że przy badaniach Piwowarowa część surowicy przedostała się do pochwy, a tą drogą uodpornienie, jak wiadomo, jest możliwe. Porównawcze badania na dzieciach wykazały również bezcelowość wprowadzania surowicy przez odbytnicę, wobec czego prelegent sposób ten uważa za pozbawiony podstaw naukowych.

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi gorące podziękowanie za pouczający odczyt.

II. Odczyt Dra Zboromirskiego p. t.: »Anafilaksya i alkoholizm« wobec choroby prelegenta nie doszedł do skutku.

III. Dr St. Ostrowski: **Odczyn Engel-Turnau w moczu osesków.** (Rzecz, ogłoszona w całości w »Przeglądzie lekarskim« 1912 Nr 49).

Dyskusya: Prof. Zaleski zapytuje, w jakiem rozcieńczeniu mleko krowie również daje ten odczyn, a Dr Jastrzębski, czy niema wskazówek, na czem ten odczyn polega. — Prelegent daje odpowiednie wytłómaczenie. Prze-

wodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi za pouczający odczyt serdeczne podziękowanie.

IV. W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prof. Zaleski, jako przewodniczący komisyi w sprawie wartości leczniczej wody naturalnej z pod gór Uralskich (Spirydonowskiej), podaje do wiadomości, iż rzeczona komisya wykonała swe badania.

Dr Szymon Dzierzgowski odczytuje następujące wyniki:

Spełniając uchwałę »Sekcyi lekarskiej Związku« zapadłą dnia 12 października 1912 r., poddałem sanitarno-bakteryologicznemu badaniu wodę mineralną Iżowskiego źródła, dostarczoną mi przez pana Spirydonowa do pracowni oddziału higieny C. I. M. D. dnia 24 tegoż miesiąca w ilości 50 butelek. Wybrawszy 10 z przysłanych mi butelek, określiłem w ich zawartości ilość kolonii, wyrastających z jednego posianego centymetra sześciennego na agarze przy ciepłocie 37° C. i na żelatynie przy ciepłocie 22° C., a także określiłem zawartość laseczników okrężnicy (b. coli) w ilości 400 cnt.³ wody każdej z 10 butelek. Butelki przed otwarciem wyjaławiałem zewnątrz przez pogrążenie ich w rozczynie sublimatu $^{1}/_{1000}$ na $^{1}/_{2}$ godziny, otwierałem zaś je przez dotknięcie rozpaloną pałeczką szklanną miejsca szyjki, uprzednio nadciętego pilnikiem. W ten sposób aseptycznie otwarte butelki służyły mi do badania ich zawartości. Obecność w wodzie laseczników okrężnicy stwierdzałem metodą Bulisa, ilość zaś kolonii, wyrastających na żelatynie, obliczałem po 48 i 72 godzinach, a na agarze po upływie 24, 48 i 72 godzin. Wyniki doświadczeń załączam:

	Żelatyna		Agar			Bulion	
	48 godz.	72 godz.	24 godz.	48 godz.	72 godz.	24 godz.	48 godz.
N 1	0	0	1	2	3	(—)	(—)
N 2	0	1	1	1	1	(—)	(—)
N 3	0	1	1	2	9	(—)	(—)
N 4	0	0	1	2	4	(—)	(—)
N 5	0	0	0	1	1	(—)	(—)
N 6	0	1	0	2	3	(—)	(—)
N 7	0	0	1	1	1	(—)	(—)
N 8	0	0	2	2	3	(—)	(—)
N 9	1	1	0	0	1	(—)	(—)
N 10	0	0	1	1	2	(—)	(—)

Na zasadzie zestawionych wyżej wyników bakteryologicznych badań przysłanej przez p. Spirydonowa wody należy stwierdzić, że woda ta pod względem bakteryologicznym odpowiada wszelkim najsurowszym warunkom, jakie woda do picia powinna posiadać.

Drowie Zboromirski i L. Jastrzębski:

Hodowle, dokonane z 10 butelek wody Spirydonowskiej, jeden ctm. sz. na płytkę żelatynową przy ciepłocie pokojowej i na płytkę agarową przy ciepłocie 37° dały wyniki następujące:

	Płytki agarowe ciepł. 37° w ciągu 24 godz.	Płytki żelatynowe ciepł. 16° w ciągu 48 godz.	w ciągu 72 godz.
1	15 kolonii	3	4
2	7 »	0	5
3	10 »	7	6
4	6 »	0	3
5	8 »	2	0
6	13 »	5	12
7	3 »	0	6
8	12 »	2	7
9	5 »	0	3
10	9 »	4	11

Wyniki powyższe należy uważać za nader pomyślne pod względem mikrobiologicznym i higienicznym.

Prof. Zaleski odczytuje protokół posiedzenia Komisyi w tej sprawie, która obradowała w dniu 4 (17) listopada 1912 r.:

Skład Komisyi stanowili: Prof. Dr St. Zaleski (prezes) Dr Sz. Dzierzgowski, Doc. Dr Z. Orłowski, Dr Edm. Zboromirski, Dr Win. Święcicki, chemik J. Szabłowski i Dr L. Jastrzębski (sekretarz).

Przedmiot obrad stanowiły: 1) Złożone przez p. Spirydonowa materyały i odnośna naukowa literatura przedmiotu, a także odezwy specyalistów. 2) Przedstawione przezeń próby wody. 3) Wykład Prof. St. Zaleskiego na XX posiedzeniu Wydziału lekarskiego »Związku« p. t. »Spirydonowska woda mineralna z pod gór Uralskich«. 4) Odezwy i sprawozdania członków Komisyi a mianowicie Prof. Dra Szymona Dzierzgowskiego, Dra Edmunda Zboromirskiego i Dra Leona Jastrzębskiego i p. Józefa Szabłowskiego, oparte na własnych badaniach rzeczonej wody ze zwróceniem szczególnej uwagi na jej stan pod względem mikrobiologicznym i promieniotwórczym — sfera dotąd wcale nie uwzględniona przez poprzednich badaczów i 5) Wyniki badań wody Spirydonowskiej z ostatniej chwili (nowa jej analiza chemiczna, dokonana w Petersburgu, w laboratoryum Dra D. M. Cwieta).

Po dokładnem, a wszechstronnem rozpatrzeniu wszystkich powyższych danych i przy uwzględnieniu wymienionych w tym przedmiocie zdań i zapatrywań oddzielnych członków Komisya jednogłośnie doszła do następujących wniosków:

1) Przedstawiona przez p. D. F. Spirydonowa naturalna woda mineralna zarówno ze względu na swój skład chemiczny, jak i własności fizyczne, nie wyłączając promieniotwórczości, a także na mocy już dokonanych badań klinicznych, oraz spostrzeżeń i zdań oddzielnych, znających ją z własnego doświadczenia i własnej praktyki lekarzy, zaliczona być powinna do kategoryi wód leczniczych, zasługujących na szczególne uwzględnienie przy chorobach dróg moczowych, narządów trawienia, oraz przy zboczeniach w wymianie materyi, a zwłaszcza przy skazie moczanowej.

2) Dokonane już badania, aczkolwiek upoważniają do powyższego wniosku, jednakże nie są jeszcze wystarczające dla wyjaśnienia stanu wody tak co do jej naturalnej gazacyi, jak i zawartości tych składników, które, jako niezupełnie stałe, podlegają zbadaniu na miejscu. Przy takiem badaniu na miejscu uwzględnić także należy i stan wody w samem źródle pod względem mikrobiologicznym.

3) Wyniki badań mikrobiologicznych, wykonane przez członków Komisyi, z jednej strony przez członka rzeczywistego tutejszego Cesarskiego Instytutu medycyny doświadczalnej, zawiadującego oddziałem i pracownią higieny, Dra Inż.-chem. Szymona Dzierżgowskiego, a z drugiej, przez właściciela i kierownika własnego laboratoryum dla badań lekarsko-chemicznych, Dra Edmunda Zboromirskiego wraz z Drem Leonem Jastrzębskim, są w zupełności zadowalniające dla zalecania wody, jako będącej bez zarzutu pod względem higienicznym.

4) Kliniczne badania nad wodą należy prowadzić na szerszą skalę, niż dotąd, na co rzeczona woda w zupełności zasługuje.

5) Dołożyć należy wszelkich starań, aby dokonać takich fundamentalnych, a przez współczesną krenotechnikę wskazanych robót do ujęcia źródła, aby je trwale zabezpieczyć od wszelkich możliwych do przewidzenia uszkodzeń i wpływów zewnętrznych, jak rozlewy wody rzek sąsiednich i kra po nich płynąca.

6) Wobec zalet wody i wszystkich innych, powyżej wyłuszczonych względów ze wszech miar jest do zalecenia, aby wszczęte zostały bez dalszej zwłoki należyte starania co do uznania źródła za mające ogólno-społeczne znaczenie, za czem idzie urzędowe wyznaczenie odpowiedniego okręgu ochrony (perimétre de protection) i obowiązujących w tymże okręgu prawideł.

Prof. Zaleski odczytuje następujące wnioski, jakie Komisya uważa za odpowiednie: 1) Wodę, pochodzącą ze źródła p. Spirydonowa na brzegu rzeki Iż w Jełabużskim pow. gub. Wiatskiej, uważać należy za mineralną, leczniczą, higienicznie zupełnie nieszkodliwą, otwierającą pole do dalszych badań naukowych i zasługującą na szerokie rozpowszechnienie i lekarskie zastosowanie. 2) Wydajność rzeczonego źródła (10.000 wiader na dobę) uznać należy za zupełnie dostateczną dla eksportowania wody i picia jej na miejscu, lecz nie zupełnie wystarczającą dla zastosowania zewnętrznego przez urządzenia balneo-techniczne, jak np. wanny lecznicze.

Zgromadzenie biorąc na uwagę wyniki osobistych badań członków obranej w d. 12 (25) października 1912 r. Komisyi, a mianowicie Dr Sz. Dzierzgowskiego, Dra L. Jastrzębskiego, Dra Zboromirskiego, a także chemika I. Sza-

błowskiego, przychyla się do ogólnych wniosków Komisyi i wnioski te uchwala.

Na wniosek przewodniczącego Prof. Czeczotta wywiązała się dyskusya, jaki kierunek należy nadać owej uchwale, w której Prof. O. Czeczott, Dr Sz. Dzierzgowski i Doc. Sowiński wypowiedzieli zgodne zdania, że ową uchwałę należy wnieść na ogólne posiedzenie »Związku«, zaś Prof. Zaleski był zdania, iż należy ją tylko podać do wiadomości. — Uchwalono wnieść uchwałę na najbliższe ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie.

2) Wobec tego, iż Prof. Czeczott wybiera się na II Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie, uproszono go, by reprezentował »Związek« na Zjeździe.

3) Podano do wiadomości, iż dn. 23. XI. (6. XII.) ma się odbyć uroczyste ogólne posiedzenie naukowe dla uczczenia zasług i pamięci zgasłego członka »Związku«, Prof. mat. Jana Ptaszyckiego.

4) Uproszono Dra Hattowskiego, by zajął się sprawą zakupna aparatu projekcyjnego Nernsta.

5) Przewodniczący podaje do wiadomości, że p. Żukowska zwróciła się z prośbą o pomoc lekarską dla przytułku. Pełnienie tych obowiązków bezinteresownie przyjął na siebie Dr Uliński.

6) Towarzystwo im. Pirogowa zwraca się z prośbą do »Związku« o zwrot listy ze składkami. Uchwalono listę bezzwłocznie przesłać.

7) Uproszono Prof. Ziemackiego i Doc. Sowińskiego, by ułożyli list, zawiadamiający p. Znatowicza o zaliczeniu go w poczet członków honorowych »Związku«.

XXII. uroczyste ogólne posiedzenie naukowe w d 23 XI. (6. XII) 1912

dla uczczenia zasług i pamięci zmarłego członka »Związku« Prof. matem. Dra Jana Ptaszyckiego.

Obecnych członków 100, gości 80. Przewodniczy prezes Prof. Ziemacki.

Prezes, otwierając posiedzenie, poświęca kilka gorących słów zmarłemu i wzywa obecnych, by uczcili pamięć jego przez powstanie. Poza tem prezes wita zasł. Prof. Dr Al. W. Wasiljewa, jako gościa i delegata Towarzystwa Zjednoczenia naukowego słowiańskiego.

1) Prof. Zaleski: »Związek polski lekarzy i przyrodników i stanowisko względem niego Jana Ptaszyckiego«.

2) Prof. Wasiljew, nie władając językiem polskim, w myśl § 37 ustawy »Związku«*) otrzymał od prezesa pozwolenie przemawiania w języku rosyjskim. Jako delegat i kolega zmarłego wskazał mowca na zasługi naukowe Jana Ptaszyckiego i na możność i potrzebę łączenia się pobratymczych umysłów słowiańszczyzny na polu nauki.

3) Prof. inż. Merczyng: »O znaczeniu badań czysto matematycznych dla rozwoju nauk przyrodniczych, a szczególnej fizyki i astronomii«.

4) Doc. inż. Staniewicz: »Jan Ptaszycki, jego życie i ogólny rozwój działalności«.

5) Zasł. Prof. Dr I. Sochocki: »Wspomnienie o Janie Ptaszyckim, jako o koledze i stanowisko jego wśród matematyków polskich«.

6) Prof. Staniewicz: »Zarys naukowej działalności Jana Ptaszyckiego i charakterystyka głównych jego prac«.

7) Kand. mat. Rostkowski: »Jan Ptaszycki jako pedagog«.

8) Kand. mat. Chawłowski: »Hołd pamięci Jana Ptaszyckiego«.

Prof. Zaleski odczytuje listy i depesze: list nieobecnego Prof. St. Ptaszyckiego, telegram od Warszawskiego Towarzystwa naukowego i od Redakcyi prac matematyno-fizycznych (podpisali prezes Jabłonowski, sekretarz Pułaski i redaktor Dickstein) i list od Prof. Dicksteina, jednego z przyjaciół i wielbicieli zmarłego, na cześć którego skreślił Prof. Dickstein wspomnienie pośmiertne, rozdawane obecnym na posiedzeniu.

Prezes Prof. Ziemacki, ponownie zabierając głos, wyraża współczucie wdowie i rodzinie zmarłego, obecnym na posiedzeniu, składa podziękowanie prelegentom i obecnym i wypowiada kilka słów podziękowania dla gościa Prof. Wasiljewa w języku polskim. Potem prezes, podając do wiadomości, iż »Związek« ma zamiar wydać wszystkie przemówienia, poświęcone zmarłemu, w osobnej broszurze, zamyka posiedzenie. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

*) Paragraf ten, odczytany przez prezesa, brzmi: »Polski język jest obowiązkowym w łonie Związku. Z przyczyn usprawiedliwionych dopuszczane bywają za zgodą prezesa wszystkie słowiańskie i inne obce języki i t. d.«.

Uwagi o ruchu chorych w r. 1912 na oddziale I. B. chorób wewnętrznych krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie oraz o stosunkach na tymże oddziale

napisał

Prymaryusz Dr Antoni Krokiewicz.

W r. 1912 pozostawało w leczeniu na oddziale chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego Szpitala św. Łazarza 1818 chorych (886 m. 932 k.), a mianowicie:

Z powodu chorób narządu: oddechowego 743 (390 m. 350 k.) t. j. 40·7% ogólnej liczby; krążenia 286 (111 m. 175 k.) 15·7%; trawienia 190 (86 m. 104 k.) 10·4%; nerwowego 78 (25 m. 53 k.) 4·2%; moczowego 77 (48 m. 36 k.) 4·2%; z powodu chorób zakaźnych (z wyłączeniem gruźlicy) 389 (178 m. 211 k.) 21·3%; krwi, nieprawidłowej przemiany materyi i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem 68 (16 m. 52 k.) 3·6%; zatruć 11 (1 m. 10 k.) 0·4%; czerwi 7 (5 m. 2 k.) 0·4%; nowotworów 85 (39 m. 46 k.) 4·6%.

Jak z powyższego zestawienia wynika, największy odsetek chorych leczonych stanowiły choroby narządu oddechowego, gdyż wynosiły 40·7%, a następnie choroby zakaźne (21·3%). Jeśli jednak do chorób zakaźnych zaliczy się i sprawę gruźliczą, a więc i gruźlicę narządu oddechowego, to ogólna ilość chorych w tym dziale wynosi 50·5%, a więc przenosi ilość leczonych na choroby narządu oddechowego. Trzecie miejsce, bo 15·7% ogólnej cyfry, zajmowali chorzy dotknięci chorobami narządu krążenia; czwarte, bo 10·4% ogólnej cyfry — stanowili chorzy, okazujący zaburzenia w przewodzie pokarmowym; podczas gdy odsetek chorób nerwowych, narządu moczowego, chorych dotkniętych nowotworami, był znacznie mniejszy i prawie na równi, gdyż wynosił od 4·2—4·6% ogólnej ilości leczonych. Również prawie ten sam stosunek, gdyż 3·6% ogólnej cyfry zaznaczył się u chorych na nieprawidłową przemianę materyi, choroby krwi i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Odsetek chorych leczonych z powodu czerwi i zatruć był wogóle nizki, bo w granicach od 0·4%—0·6%.

Przy bliższem rozpatrzeniu pojedynczych działów chorób leczonych na oddziale w r. 1912 rzecz przedstawia się następująco:

I) Choroby narządu oddechowego. Z powodu gruźlicy płuc pozostawało w leczeniu chorych 507 (254 m. 253 k.); zapalenia płuc włóknikowego 88 (40 m. 48 k.); zapalenia wysiękowego opłucnej 51 (51 m. —); rozedmy płuc i niedomogi mięśnia sercowego 94 (42 m. 52 k.); nowotworów w klatce piersiowej 3 (3 m. —).

Najwięcej, bo 68·5% stanowili chorzy na gruźlicę płuc; 12·6% stanowili chorzy na rozedmę płuc i niedomogę mięśnia sercowego; 11·8% chorzy na zapalenie płuc, a 6·8% na zapalenie wysiękowe opłucnej; w 0·4% ogólnej ilości chorób narządu oddechowego stwierdzono sprawę nowotworową w klatce piersiowej.

Pomiędzy chorymi na gruźlicę płuc odsetek śmiertelności wynosił 16·9%; u chorych na rozedmę płuc i niedomogę mięśnia sercowego 11·7%; u chorych na zapalenie wysiękowe opłucnej 5·8%, a na zapalenie płuc włóknikowe 18·2%. Zaznaczyć należy, iż na ogólną ilość 88 chorych na zapalenie płuc w 28 przypadkach stwierdzono tło grypowe (15 m. 13 k.). Przypadki zapale-

nia płuc na tle grypy odznaczały się łagodnym przebiegiem i zakończyły się korzystnie prócz jednego (1 k.), w którym nastąpiło zejście śmiertelne. Natomiast na 60 przypadków zapalenia płuc włóknikowego w 15 (8 m. 7 k.), t. j. 25%, nastąpiło zejście śmiertelne. Przyczynę tego należy odnieść do tej okoliczności, iż chorzy w zbyt późnym okresie choroby zgłosili się do szpitala, a wogóle zapalenie płuc w roku 1912 okazywało charakter niezwykle złośliwy.

II. Choroby narządu krążenia. Z powodu miażdżycy tętnic leczono chorych 40 (3 m. 37 k.); zwyrodnienia mięśnia sercowego w następstwie rozedmy płuc 64 (42 m. 52 k.); przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego 72 (28 m. 44 k.); wad sercowych w następstwie przebytego zapalenia wsierdzia 80 (38 m. 42 k.).

Wogóle uderza, iż kobiety w większej liczbie zgłaszały się do szpitala z chorobami narządu krążenia, niż mężczyźni. Do działu chorób narządu krążenia zaliczone zostały przypadki zwyrodnienia mięśnia sercowego w następstwie rozedmy płuc (jak pod I), a to dlatego, iż chorzy tacy znajdowali się w okresach końcowych, t. j. w okresie niedomogi mięśnia sercowego, która nie okazywała skłonności do wyrównywania się. Stąd też zarówno dział tych chorób można pomieścić pomiędzy schorzeniami narządu oddechowego, jeśli uwzględni się przyczynę pierwotną, t. j. rozedmę płuc, jak też zaliczyć je do schorzeń narządu krążenia ze względu na wystepujące na pierwszy plan schyłkowe objawy ze strony zwyrodniałego mięśnia sercowego.

Pomiędzy chorobami narządu krążenia w 32·8% stwierdzono zwyrodnienie mięśnia sercowego: w 27·9% wady zastawkowe, w następstwie przebytego zapalenia wsierdzia; w 25·1% przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, a w 13·9% zmiany miażdżycowe w tętnicach. Największą śmiertelność, 47·2%, okazywali chorzy, dotknięci zapaleniem przewlekłem mięśnia sercowego; w 43·7% nastąpiło zejście śmiertelne w przypadkach wad zastawkowych; w 11·7% w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego w następstwie rozedmy płuc, a w 7·5% w przypadkach miażdżycy tętnic.

III. Choroby przewodu pokarmowego. Z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego leczono chorych 6 (2 m. 8 k.); nieżytu żołądka 37 (8 m. 29 k.); wrzodu okrągłego żołądka 28 (21 m. 7 k.); niedrożności jelit 1 (— m. 1 k.); zapalenia gruźliczego otrzewnej 18 (2 m. 16 k.); marskości wątroby 11 (6 m. 5 k.); kamicy żółciowej 20 (10 m. 10 k.); nowotworów 69 (37 m. 32 kobiet).

Największy odsetek stanowili chorzy dotknięci sprawą nowotworową, bo 36·3%; w 19·4% stwierdzono nieżyt żołądka, w 14·7% wrzód okrągły żołądka; w 10·5% kamicę żółciową; w 9·4% zapalenie gruźlicze otrzewnej; w 5·7% marskość wątroby; w 3·1% zapalenie wyrostka robaczkowego; w 0·5% niedrożność jelit. Podnieść należy, iż raka żołądka stwierdzono w 54 przypadkach (26 m. 28 k.), a wrzód okrągły żołądka w 28 przypadkach (21 m. 7 k.), co odpowiada stosunkowi 2:1. Również na uwagę zasługuje okoliczność, iż przypadki kamicy wątrobowej spostrzegano na równi u mężczyzn i u kobiet (10 m. 10 k.), gdy zazwyczaj schorzenie to częściej zwykło występować u kobiet.

IV. Choroby układu nerwowego. Na ogólną ilość 78 chorych stwierdzono:

U 5 chorych (4 m. 1 k.) wybroczynę mózgową, 3 (— m. 3 k.) wiąd rdzenia, 3 (2 m. 1 k.) zapalenie rdzenia, 32 (10 m. 22 k.) rozmiękninie mózgu, 27 (8 m. 19 k.) zapalenie przewlekłe nerwów obwodowych, 7 (— m. 7 k.) histerye i w jednym przypadku u mężczyzny: padaczkę. Największy odsetek przypada na chorych, dotkniętych rozmiękninieniem mózgu, u których w przeważnej części można było wykazać przebytą kiłę, bo 41·02%; 34·5% stanowiło zapalenie przewlekłe nerwów obwodowych na tle gośćcowem, 8·9% histerya; 6·4% wybroczyny mózgowe na tle miażdżycy naczyń krwionośnych; 3·8% na równi wiąd rdzenia i zapalenie urazowe rdzenia; 1·2% padaczka.

V. Zapalenie przewlekłe nerek wraz z następową puchliną leczono u 77 chorych (41 m. 36 k.); zejście śmiertelne nastąpiło w 12 przypadkach (6 m. 6 k.), t. j. 15·5%.

VI. Choroby zakaźne, uwzględniając gruźlicę, stanowiły największy kontygent chorych leczonych na oddziale w r. 1912, gdyż odsetek ich wynosił 50·5% ogólnej ilości przypadków spostrzeganych. Poszczególnie pozostawało w leczeniu: z powodu grypy chorych 168 (80 m. 88 k.), zapalenia płuc 60 (25 m. 35 k.), gośćca stawowego ostrego 88 (34 m. 47 k.), duru brzusznego 52 (19 m. 33 k.), posocznicy 13 (— m. 13 k.), zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych 3 (— m. 3 k.), zatrucia jadem kiełbasianym 6 (2 m. 4 k.), zimnicy 6 (4 m. 2 k.), gruźlicy 530 (257 m. 273 k.).

Na gruźlicę przypada w tym dziale chorób odsetek 57·6%. Sprawa chorobowa zajmowała przeważnie narząd oddechowy i trawienia (95·6%); w 4·4% przypadków zajęte były gruźlicą błony surowicze i gruczoły chłonne. Śmiertelność wynosiła 17·5%.

Grypę stwierdzono w 18·3% chorób zakaźnych, a odsetek śmiertelności ograniczył się do 1·6%. Wogóle charakter grypy nie był złośliwy. W 16·08% przypadków zauważono w przebiegu grypy jako powikłanie zapalenie płuc, które zawsze, z wyjątkiem jednego przypadku, kończyło się pomyślnie. Gościec stawowy zajmował trzecie miejsce między chorobami zakaźnemi, gdyż odsetek wynosił 8·8%. Pomimo różnorodnego tła zakaźnego, co się objawiało różnorodnem zachowaniem się chorych ze względu na stosowane lekowanie, i przeważnie ciężkiego nasilenia sprawy chorobowej, w żadnym przypadku nie nastąpiło zejście śmiertelne, lecz wszyscy chorzy wyzdrowieli. Zapalenie płuc włóknikowe stanowiło 6·5% chorób zakaźnych. Śmiertelność była dość znaczna, co odnieść należy — jak to już zaznaczyłem przy chorobach narządu oddechowego — z jednej strony do charakteru złośliwego (genius morbi), a z drugiej strony do okoliczności, iż chorzy zgłaszali się zbyt późno do szpitala, skoro sprawa chorobowa była już daleko posunięta i serce już nie domagało. Dur brzuszny zauważono w 5·6% przypadków, a śmiertelność z powodu duru brzusznego wynosiła 21·1%. I tu również przyczynę tak znacznej śmiertelności należy odnieść do późnego okresu chorobowego, w którym chorych przywożono do szpitala. Niemniej zauważono niejednokrotnie, iż chorzy na dur brzuszny po odbyciu dłuższej drogi kołowej i na trzęsącym wózku ulegali zejściu śmiertelnemu z powodu porażenia serca, a nie innych powikłań. Posocznicę w następstwie zakażenia połogowego leczono w 1·4% chorób zakaźnych; odsetek śmiertelności wynosił 23·07%. I tu wszystkie przypadki, zakończone niepomyślnie, wydarzyły się u kobiet, u których sprawa chorobowa dłużej trwała i które dość późno poddały się leczeniu szpitalnemu. W 0·6% ogólnej cyfry chorób zakaźnych stwierdzono zimnicę i zatrucie jadem kiełbasianym; wszyscy chorzy ozdrowieli. W zakażeniu zimniczem przeważały pasorzyty właściwe ciężkim postaciom tejże choroby (czwartaczce). Odsetek chorych na zapalenie nagminne opon mózgowordzeniowych wynosił 0·3; wszystkie 3 kobiety, pochodzące ze Zwierzyńca i Ludwinowa pod Krakowem, wyzdrowiały. W płynie mózgowordzeniowym, uzyskanym przez nakłucie lędźwiowe, stwierdzono meningokoki Weichselbauma.

VIII. Z powodu zatrucia leczono w r. 1912 na oddziale 11 chorych (1 m. 10 k.). W 5 przypadkach (1 m. 4 k.) stwierdzono ostre zatrucie wyskokiem; zresztą zatrucia były wynikiem zamachów samobójczych i dotyczyły osobników żeńskich. I tak leczono w pojedynczych przypadkach z powodu zatrucia nastojem jodowym, weronalem, morfiną, fosforem, a w 2 przypadkach z powodu zatrucia sublimatem. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. W przypadku zatrucia weronalem chora zażyła 10 gm. tegoż leku nasennego.

IX. Z powodu tasiemca pozostawało w leczeniu 7 chorych (5 m. 2 k.).

X. Choroby krwi, nieprawidłowej przemiany materyi i gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu spostrzegano u 68 chorych (16 m. 52 k.). U 51 chorych (10 m. 41 k.) stwierdzono objawy ciężkiej niedokrwistości (75%); u 4 chorych (4 k.) niedokrwistość złośliwą swoistą (5·8%), u 3 kobiet (4·4%) skazę krwotoczną, u 6 chorych (3 m. 3 k.) cukrzycę, u 4 kobiet chorobę Basedowa (5·8%).

XI. Nowotwory.

W 85 przypadkach (46 m. 39 k.) stwierdzono sprawę nowotworową, a mianowicie: raka żołądka u 54 chorych (26 m. 28 k.), odbytnicy u 2 chorych (2 m. — k.), przełyku u 12 chorych (8 m. 4 k.), wątroby u 1 chorego (—1 k.), sutka u 3 chorych (—3 k.), macicy u 10 chorych (—10 k.), mięsaka śródpiersia u 3 chorych (3 m. — k.).

Największy odsetek stanowił rak żołądka (63·5%), następnie rak przełyku (14·1%) i rak macicy (11·8%), znacznie mniejszy rak sutka (3·5%), odbytnicy (2·3%), wątroby (1·2%). Raka żołądka prawie na równi spostrzegano u mężczyzn i kobiet.

Podobnie jak w latach ubiegłych starano się w każdym ważniejszym przypadku wyzyskać materyał ze stanowiska klinicznego i naukowego. W tym celu wykonywano rozliczne rozbiory krwi, moczu, kału, wydzielin i wydalin — tudzież odpowiednie badania serologiczne, jak również stosowano najnowsze środki lecznicze. W przypadkach rozpoznawczo wątpliwych ucie-

kano się do prześwietlania promieniami Röntgena w Zakładzie rentgenologicznym Szpitala św. Łazarza, pozostającym pod kierunkiem Dr Korabczyńskiej. To też ruch naukowy na oddziale był wcale ożywiony, jak to wykazują prace ogłoszone w czasopismach i rocznikach lekarskich naukowych. Ogół ich przedstawia się następująco: 1) Dr Maryan Godlewski: »O rzekomo mocznicowej postaci zapalenia opon mózgowordzeniowych, oraz o t. z. meningizmie«. Rzecz wykonana w r. 1912, a ogłoszona w Przeglądzie lekarskim Nr 2, 3, 4 r. 1913. 2) Dr Adam Kramarzyński: Przyczynek do nauki o szerzeniu się duru brzusznego. Przegl. lek. 1912 Nr 4. 3) Dr Antoni Krokiewicz: Beitrag zur Lehre von den Thoraxgeschwulsten. Klin. therap. Woch. 1912 Nr. 13. 4) Tenże: Z dziedziny badań nad rakiem. Przegląd lek. 1912 Nr 1 i 2. 5) Tenże: Aus dem Gebiete der Krebsforschung. Wien. kl. Woch. 1912, Nr 7. 6) Tenże: Autohaemotherapie u. Krebskranke, Wien. klin. Woch. 1912, Nr 35. 7) Tenże: Autohemoterapia a raki. Rocznik lekarski, 1912. 8) Dr Stanisław Skudro: Zachowanie się leukocytozy w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego. Rocznik lekarski 1912. 9) Dr Ksawery Walter: O adalinie. Przegl. lek. 1912, Nr 10. 10) Tenże: Ueber die Wirkung des Adalins. Wien. kl. Woch. 1912, Nr 20.

Zarówno, jak w latach ubiegłych, stosowano na oddziale u chorych na gruźlicę bezpłatne leczenie ambulatoryjne według metody, ogłoszonej przezemnie w rozprawie: »Moje wyniki leczenia gruźlicy« (Nowiny lekarskie 1909, Nr 10 i Klin. therap. Wochenschr. 1909, Nr 41). Z zadowoleniem podnieść należy, iż liczba chorych leczonych ambulatoryjnie ciągle wzrasta; w ostatnich czasach dochodziła do 50.

Przechodząc do stosunków urządzenia oddziału szpitalnego, z prawdziwem rozgoryczeniem zaznaczyć trzeba, iż nietylko nic się nie zmieniło na lepsze, ale wręcz przeciwnie, coraz gorsze warunki tak dla chorych jak i dla lekarzy oddziałowych się wyłaniają. Gdy dawniej rokrocznie przynajmniej starano się odświeżyć i poniekąd odczyścić oddział przez zapokostowanie podłóg i okien, obielenie i odmalowanie sal, w których chorzy są pomieszczeni, obecnie od 2 lat nawet i tego się nie wykonuje. Wydział krajowy obiecuje przebudowę oddziału, — ba nawet już plany od 2 lat są wypracowane, ale urzeczywistnienie tego pozostaje w krainie tylko złudnej obietnicy. Że takie stosunki bardzo szkodliwie oddziałują na ogół chorych i mogą być nieobliczalne w następstwach, łatwo zrozumieć. A sprawa ta tem większego nabiera znaczenia, skoro pomimo uchwały Sejmu z dnia 14. lutego 1912 roku, poruczającej Wydziałowi krajowemu rozpoczęcie rekonstrukcyi pawilonów w r. 1913 — w ostatnich czasach kwota przeznaczona na adaptacye w krajowym Szpitalu Św. Łazarza została z budżetu wykreślona. Tak więc budowa, a raczej przebudowa pawilonów wewnętrznych zdaje się znów być odłożoną: »ad calendas graecas«.

A jednak jest już dawno najwyższy czas, aby złemu zaradzić.

Jak to już w r. 1907 (Przegląd lek.) przedstawiłem, chorzy są pomieszczeni na moim oddziale wbrew wszelkim zasadom higieny — i dziwić się trzeba, iż coś podobnego może istnieć w kraju cywilizowanym w XX. stuleciu. Wskutek szczupłości miejsca, a znacznego ruchu chorych częstokroć się wydarza, iż chorzy muszą leżeć na sali nie na łóżkach, ale na siennikach dodatkowych, a temsamem częstokroć na sali, przeznaczonej dla 18 chorych, znajduje się 23 i więcej. Chociaż sale chorych na oko są dość obszerne i wysokie, to jednak powietrze w nich jest zatrute kwasem węglowym wskutek braku wszelkich urządzeń wentylacyjnych już w zwykłych warunkach, a cóż dopiero przy nadliczbowej ilości chorych. Toteż jest rzeczywiście nie do uwierzenia, aby w Szpitalu krajowym na oddziale chorych, którzy wysoko gorączkują i częstokroć się zanieczyszczają przez mimowolne oddawanie moczu i kału, nie było żadnych urządzeń wentylacyjnych, a odwietrzanie odbywało się w sposób najprostszy przez otwieranie na oścież drzwi i okien. Jeśli zaś ten jedyny sposób odświeżania powietrza na sali w ciągu dnia może być stosowany — chociaż ze szkodą dla chorych, którzy naówczas łatwo się przeziębiają, — to w nocy jest on już zupełnie niemożliwy do przeprowadzenia, wskutek czego chorzy muszą około 10 godzin oddychać powietrzem nad wyraz zepsutem. A cóż dopiero, jeśli na sali tej znajduje się chory ze zgorzelą płuc lub cuchnącą odleżyną zgorzelinową, albo chora z rozpadającym się rakiem macicy? Wówczas już nietylko to ciężkie i gęste powietrze, ale i woń smrodliwa oddziałują na chorych. I nieraz się wydarza, iż pomimo niepogody i mrozów gromadnie opuszczają oni salę i pozostają na korytarzach chłodnych, drżąc od zimna, gdyż przekładają naówczas możność oddychania czystszem powietrzem nad ciepłe i wcale wygodne łóżko.

Nieprawidłowy skład powietrza na sali wskutek braku wentylatorów oddziałuje szkodliwie i na lekarzy i na personal służbowy. Pomimo, iż przed każdą wizytą ranną codziennie muszą być okna i drzwi otwarte na oścież przez 2 godziny, aby w ten sposób odwietrzyć salę i umożliwić odprawianie wizyty lekarskiej, to jednak wkrótce po zamknięciu okien powietrze staje się w salach dusznem i każdy z lekarzy jużto rychlej jużto później doznaje uczucia znużenia i zawrotów głowy. Zupełnie bez przesady zaznaczamy, iż każda godzina zajęcia na oddziale chorób wewnętrznych w Szpitalu św. Łazarza w obecnych warunkach wyczerpuje lekarza na równi z trzechgodzinną pracą zawodową poza szpitalem. Toteż lekarze oddziałowi dość często zapadają na zdrowiu, zwłaszcza mniej odporni i wątlejszej budowy, a nawet ulegają ciężkim schorzeniom. Zawsze niezapomniani pozostaną sekundaryusze oddziałowi ś. p. Dr Alfred Albinowski i Dr Seweryn Piotrowski, którzy w znacznej części pełnienie swych obowiązków szpitalnych przypłacili życiem. Obaj gorliwi i sumienni pracownicy zmarli z powodu gruźlicy, której się nabawili według wszelkiego prawdopodobieństwa tylko w szpitalu. Tożsamo długoletni posługacz szpitalny ś. p. Biskup, który był przeznaczony do pielęgnowania chorych gruźliczych, okupił swoją pracę w szpitalu zejściem śmiertelnem z powodu gruźlicy.

Te nad wyraz smutne stosunki higieniczne na oddziale, wynikające z ciasnoty i braku należytego odświeżania powietrza, zyskały jaskrawy dowód w tegorocznej epidemii płonicy o charakterze t. z. »scarlatina nosocomialis«.

Dnia 23. I. b. r. o godzinie 8. wieczorem został przyjęty na oddział Ludwik Drabczyk, lat 20 liczący, służący z internatu dla uczniów c. k. Seminaryum nauczycielskiego, pomieszczonego przy ulicy Karmelickiej Nr 41, z rozpoznaniem: »angina«. Badanie na drugi dzień rano wykazało płonicę z wysypką po całem ciele, wobec czego zarządzono bezzwłocznie przeniesienie chorego na oddział chorób zakaźnych, a na sali odpowiednią dezynfekcyę.

Dnia 27. I. b. r. przyjęto z tegoż samego środowiska na zlecenie miejscowego lekarza ordynującego ucznia Stanisława Giemzę, liczącego lat 15, z rozpoznaniem: »angina follicularis«. U chorego tego na drugi dzień stwierdzono ropień migdałka lewego (abscessus tonsillae) bez śladów jakiejkolwiek osutki. Chory został pomieszczony w tej samej sali, w której poprzednio leżał Ludwik Drabczyk, i po 3 dniach znajdował się w okresie ozdrowienia; pomimo to jednak dla wszelkiej ostrożności pozostawał w dalszej obserwacyi klinicznej. Zarządzenie to okazało się słusznem, gdyż w 10. dniu pobytu w szpitalu, t. j. dnia 7. II, stwierdzono u Giemzy po raz pierwszy objawy ostrego zapalenia nerek w następstwie przebytej utajonej płonicy. Wobec tego przeniesiono chorego na oddział chorób zakaźnych, a na sali zarządzono ponowną dezynfekcyę. Nazajutrz, t. j. 8. II, przywieziono karetką pogotowia ratunkowego na oddział rodzinę Ellers-Hofmajerów, zatrutą weronalem. Ojca i dwóch synów ($1^1/_2$ i 8 lat liczących) umieszczono znów na tej sali, w której dwukrotnie z powodu płonicy dokonana została dezynfekcya, przyczem obaj chłopcy leżeli w sąsiedztwie miejsc (łożek usuniętych), na których poprzednio znajdowali się chorzy na płonicę; resztę rodziny, t. j. matkę i 6-letnią córeczkę, pomieszczono na tymże oddziale w pawilonie kobiet. Dnia 12. II, chłopiec ośmioletni, który od 3 dni był zupełnie zdrów, dostaje pod wieczór wymiotów, a nazajutrz gorączki 40° C i charakterystycznej osutki płoniczej. Wobec tego znów przeniesiono go na oddział chorób zakaźnych, a na sali po raz trzeci dokonano dezynfekcyi. Chłopiec zmarł w 3 dni na oddziale chorób zakaźnych z powodu płonicy. Następnie w 15 dni, t. j. 27. II zachorowuje na płonicę na tej samej sali drugie dziecko Ellersów, $1^1/_2$ roku liczące i zostaje przeniesione na oddział chorób zakaźnych; na sali zaś poraz czwarty zarządzono dezynfekcyę i opróżniono salę z chorych wszystkich. Na tem ograniczyła się ta epidemia szpitalna płonicy, która bezsprzecznie z powodu braku wentylacyi i szczupłości miejsca dla pomieszczenia chorych nie mogła być odrazu stłumioną, — okupiona życiem jednej niewinnej ofiary.

W celu wykazania, jakiem powietrzem oddychają chorzy na salach oddziału I. B. chorób wewnętrznych, zwróciłem się do Prof. Bujwida z prośbą, aby przeprowadził badania co do zawartej w powietrzu na salach ilości bakteryi i kwasu węglowego (CO_2). Prof. Bujwid z całą gotowością uczynił zadość mej prośbie i dnia 12. III. o godzinie 11 w nocy w mej obecności roz-

począł badania, a ukończył je w dniu 24. III. b. r. Wynik ostateczny przedstawia się dosłownie następująco:

C. k. Zakład higieny Uniw. Jagiel. w Krakowie, L. 27. z dnia 24. III. 1913.

»Badanie powietrza w salach męskich i kobiecych oddziału p. prymaryusza Dra Krokiewicza wykonane zostało przez podpisanego przy udziale asystentów Zakładu Dr Krawczyńskiego i p. Celarka, oraz częściowo w nocy podczas dyżuru przez p. Dr Kragenównę od 12. III.—18. III. Ilość bakteryi w pyle jest nieznacznie tylko powiększona, dzięki wzorowo utrzymywanej na salach czystości podłóg i sprzętów.

Ilość bezwodnika kwasu węglowego jest wszędzie powiększona. W godzinach rannych podczas silnego wietrzenia ilość CO_2 jest miernie zwiększona od 0·7—0·8 p. m. Natomiast przy zamkniętych oknach już o godzinie 11 w nocy ilość CO_2 wzrasta do 1—1³/₄ p. m., t. j. wynosi 2—3 razy więcej, niż w powietrzu normalnem; zaś w nocy o godzinie 3 powietrze na salach jest tak zużyte, że zawartość CO_2 dochodzi od 2—4 p. m., t. j. przekracza prawie 8—9(!) razy ilość znajdującą się w powietrzu normalnem. Dowodzi to, że ciasnota na salach jest zbyt wielką, aby można ją pogodzić z potrzebami chorych. Dodać należy, że po wejściu na salę odczuwa się przykry zapach, właściwy zbytniemu nagromadzeniu chorych, prawie nieznośny dla człowieka wchodzącego do sali. Brak wentylacyi daje się dotkliwie odczuć.

Prof. Odo Bujwid«.

Tyle Prof. Bujwid. Z naszej strony wszelkie wyjaśnienia zbyteczne. Możemy tylko uczynić skromną uwagę, czy godziwem jest, aby chorzy pozostawali w takich warunkach, w których ludzie zdrowi mogą uledz zagładzie?

Na równi z brakiem wentylacyi daje się odczuwać brak odpowiednich klozetów na salach i wadliwe pomieszczenie miejsc ustępowych. Klozety na sali, przeznaczone dla użytku ciężko chorych, nie są należycie uszczelnione i przedstawiają najbardziej proste urządzenia. To też woń z nich rozchodząca się bardzo dotkliwie nieraz daje się we znaki. Wręcz szkodliwie dla chorych przedstawiają się warunki pomieszczenia miejsc ustępowych, które znajdują się w znaczniejszem oddaleniu i do których chorzy muszą przechodzić przez chłodne korytarze i przez to narażać się na niebezpieczeństwo przeziębienia się. Dla uzupełnienia całego obrazu należy nadmienić, iż w miejscach ustępowych nieraz przecieka kał po ścianach.

Niemniej dotkliwie daje się odczuwać brak łazienki na oddziale. Chorzy, przychodzący do szpitala, znajdują się przeważnie w stanie znacznego zaniedbania i muszą być obmyci i oczyszczeni, zanim można ich położyć do łóżka. To mycie i odczyszczanie chorych odbywa się również w warunkach najbardziej niekorzystnych, bo zazwyczaj w ciasnej oddziałowej kuchence. Z jakiemi to trudnościami jest połączone, może osądzić tylko ten, który był świadkiem całej tej czynności. Wobec braku łazienki na oddziale wyłączone jest stosowanie wszelkich zabiegów wodoleczniczych, wskazanych w wielu chorobach zakaźnych gorączkowych, jak również gruntowne oczyszczenie przez kąpiel chorego, skoro on opuszcza szpital. A przecież kąpiel dla odrażenia ozdrowieńca po przebytej chorobie zakaźnej jest w każdym przypadku — jeśli nie konieczną — to bardzo wskazaną i pożądaną.

Sprawa żywienia chorych należycie została omówiona w ostatnich czasach przez Prof. Ciechanowskiego. Zgodnie z temi zapatrywaniami należy z naciskiem zaznaczyć, iż wskazanem jest podawanie chorym jedzenia w pewnych ustalonych i jednostajnie rozłożonych porach dnia, obecnie bowiem przerwa pomiędzy ostatnim posiłkiem jednego dnia około godziny 5 wieczorem, a pierwszym posiłkiem około godziny 7 rano dnia następnego, jest zbyt długa, bo wynosi prawie 15 godzin. Toż samo należałoby znieść gotowanie na parze, gdyż potrawy naówczas, sporządzane zresztą z materyałów bezsprzecznie pierwszej jakości, nie byłyby oślizłe, a tem samem dla niejednego chorego — jeśli nie zaraz, to po kilku dniach — wstrętne do użycia.

Dotkliwie odczuwać się daje brak wykształconej służby na oddziale. W tym jednak kierunku można się spodziewać w niedalekiej przyszłości korzystniejszych stosunków, skoro zawodowa szkoła pielęgniarek dostarczy odpowiedniego materyału.

Jednym z najbardziej piekących niedostatków, zajmującym drugie miejsce w nieprawidłowych stosunkach na oddziale — jest niedostateczna ilość lekarzy. Wobec tak wzmożonego ruchu chorych i 110 łóżek koniecznie potrzeba, aby conajmniej stale 6 lekarzy się na oddziale znajdowało, t. j. po 3 u mężczyzn i kobiet. W ten tylko sposób przy rozdzieleniu równomiernem pracy mogą być chorzy należycie zbadani i obsłużeni, a prawidłowy tok czynności na oddziale zapewniony. Wobec dzisiejszych wymogów nauki, gdzie w każdym ważniejszym przypadku musi być przeprowadzone badanie treści żołądka, kału, plwocin, krwi, odczynów serologicznych, a niekiedy i prześwietlanie promieniami Röntgena (nie mówiąc o badaniu moczu w każdym przypadku) przy podanej ilości lekarzy zaledwie można sprostać temu zadaniu. Również należy pamiętać, iż w każdym ważniejszym przypadku w razie zejścia śmiertelnego zastrzega się sekcyę i lekarze oddziałowi muszą być obecni przy niej, co też dzieje się kosztem czynności na oddziale. A sekcyi nie mogą lekarze pomijać, gdyż tylko przez sekcyę, t. j. przez epikryzę anatomiczną właściwie zawodowo się kształcą i nabierają zapału do dokładniejszego spostrzegania chorego. Przy każdej mniejszej ilości lekarzy na oddziale zbadanie chorego w tak niepomyślnych warunkach higienicznych jest wprost fizycznie niemożliwe, a lekarze, ograniczając się do zbyt powierzchownego badania chorych, nie mogliby się wykształcić i przyswoić ścisłości i sumienności, koniecznej dla należytego wykonywania swego zawodu w przyszłości. To też wskazanem jest, aby Wydział krajowy powiększył etat lekarzy na oddziale, jeśli żąda, aby ustawa obowiązująca lekarzy szpitalnych mogła być należycie wypełnioną. W przeciwnym razie Wydział krajowy przyczynia się pośrednio poniekąd do obniżenia poczucia zawodowego u lekarzy, gdyż niemożliwość wypełnienia ustawy stanowi do tego pierwszy krok.

Również koniecznem jest dla zapewnienia równomiernej czynności lekarzy na oddziale, aby byli zwolnieni od pełnienia dyżurów na sali przyjęć, gdyż przez to odpada siła lekarska na ten dzień na oddziale. W ostatnich czasach stosunki w tym kierunku znacznie się pogorszyły, zwłaszcza, odkąd nastąpiła reorganizacya dyżurów, i częstokroć na oddziale jeden tyko lekarz jest czynny u kobiet lub mężczyzn. Wskutek zaprowadzenia zmiany w regulaminię dyżurów, w przeciągu sześciu tygodni (od 1. II. do 15. III.) brakowało na oddziale 26 razy jednego lekarza podczas rannej wizyty. Jest to zbyt znaczne uszczuplenie i tak już niedostatecznej ilości lekarzy, a tem samem i ograniczenie czynności lekarskiej zawodowej i wobec tego muszą się wytworzyć stosunki niekorzystne dla szpitala. Codzienne doświadczenie poucza, iż obecnie coraz więcej lekarzy stroni od szpitala św. Łazarza i wstępuje na praktykę do szpitali wiedeńskich, — nie dla braku materyału klinicznego, lecz dla niekorzystnych warunków służbowych i dla niehigienicznych pod każdym względem stosunków miejscowych. Bo nawet i w tej kancelaryjce oddziałowej, przeznaczonej do załatwienia czynności administracyjnych, wykonywania rozbiorów wszelkiego rodzaju i mikroskopowania jest tak ciasno i duszno, że wszelka praca napotyka na trudności.

Oprócz ustalenia w podanym stosunku ilości lekarzy na oddziale I. B. bardzo byłoby pożądanem, aby w sali przyjęcia pełnili dyżury lekarze, do tego ukwalifikowani, doświadczeńsi. W ten sposób uniknęłoby się nieraz tak przykrych wydarzeń, jak zawleczenie płonicy na oddział chorób wewnętrznych, a i przyjmowany materyał byłby bardziej ukwalifikowany.

Tak się przedstawiają w świetle rzeczywistości stosunki na oddziale chorób wewnętrznych I. B. krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie. I mimowoli nasuwa się pytanie, w czem leży przyczyna tego zła?

Nie ulega wątpliwości, iż bardzo ważny czynnik, w grę wchodzący, stanowi ogólny niepomyślny stan finansów w kraju. Jednak nie jest to jedyny powód. Wszak pomimo tego ciężkiego położenia finansowego kraju zawsze się znajdzie jakieś źródło do pokrycia wydatków, ilekroć chodzi o poprawę bytu dla całej rzeszy nauczycieli ludowych, urzędników krajowych, a nawet o ochronę przepisów sanitarno-policyjnych weterynaryjnych. Nieprzezwyciężone trudności tylko wtedy się wyłaniają, gdy chodzi o poprawę stosunków w zakresie szpitalnictwa, czyto ze względu na odpowiednie przystosowanie budynków, czyto ze względu na pomnożenie etatu szpitalnych lekarzy i zabezpieczenie odpowiednię ich bytu. A przecież ci biedni chorzy i tych kilkudziesięciu lekarzy, będących na usługach kraju, zarówno ponosić muszą ciężary podatkowe, jak np. tysiące nauczycieli ludowych lub inni urzędnicy krajowi. W stosunkach, dotyczących Szpitala św. Łazarza, o tyle rzecz ta jeszcze tembardziej jest niewytłumaczona, iż — o ile mi wiadomo — szpital ten ma dość znaczne własne fundusze w postaci legatów i majątków ziemskich. Otóż po bliższem rozpatrzeniu doszliśmy do przekonania, iż właściwa przyczyna leży w niezwykłej obojętności czynników miarodajnych, a mianowicie referenta sejmowego dla szpitali krakowskich i posłów miasta Krakowa. Przykre do uwierzenia, a jednak prawdziwe, iż pomimo wejścia sprawy Szpitala św. Łazarza na porządek dzienny obrad sejmowych, dotychczas ani wspomniany referent, ani żaden z posłów m. Krakowa nie uznali za stosowne przekonać się osobiście na miejscu o istotnym stanie. W przeciwnym razie sprawa przebudowy pawilonów wewnętrznych byłaby już dziś definitywnie załatwiona. I znów musimy podnieść z prawdziwem rozgoryczeniem, iż coś podobnego tylko w naszem społeczeństwie może się wydarzyć.

Nie możemy zamilczeć, lecz musimy podnieść z najwyższem uznaniem, iż Departament sanitarny Wydziału krajowego niejednokrotnie czynił zabiegi w kierunku poprawy tych smutnych stosunków w Szpitalu św. Łazarza, jak to ze sprawozdań Inspektora krajowych szpitali wynika. Były one jednak zazwyczaj bezskuteczne, gdyż wiele wniosków Departamentu na posiedzeniach Wydziału krajowego zostało przegłosowanych na niekorzyść i upadło. Toteż możeby należało na wzór c. k. Rady zdrowia stworzyć i dla Wydziału krajowego organ doradczy, a wówczas stosunki sanitarne wogóle, a zwłaszcza szpitalnictwa krajowego mogłyby być wprowadzone na odpowiednie tory.

Sprawy sanitarne w Sejmie 1913.

I.

Sprawozdanie Departamentu V. Wydziału krajowego z I. półrocza 1912.

(Dokończenie.)

O szpitalach prowincyonalnych podaje Wydział krajowy Sejmowi w tem sprawozdaniu następujące wnioski i wiadomości, sięgające końca czerwca 1912. Zupełnie już gotowe nowe szpitale w Horodence i Nowym Targu nie mogły być otwarte wskutek braku sankcyi ustaw, nadających tym szpitalom charakter powszechnych i publicznych. Uznano potrzebę szpitala powszechnego w Łańcucie (na prośbę tamtejszego Wydziału powiatowego) i wybrano odpowiedni grunt pod budowę. Również w Dąbrowie ma stanąć nowy szpital. Oprócz tych czterech miast uznana już została potrzeba budowy szpitali w poprzednich latach w 10 innych miejscowościach (Skałat, Trembowla, Rohatyn, Mielec, Zbaraż, Lisko, Chrzanów, Nadwórna, Kamionka, Buczacz [gdzie już zaczęto budowę]), w najbliższych więc latach liczba szpitali z 38 wzrośnie do 52, a odpowiednio do tego zwiększą się też, — na co Wydział krajowy zwraca Sejmowi uwagę — wydatki kraju na leczenie ubogich chorych. Szpital w Nadwórnie, jako przeznaczony głównie do zwalczania kiły, stanąć ma z finansową pomocą rządu, podobnie, jak pawilon dla chorych wenerycznych w Stryju. Wprawdzie rokowania z rządem co do Nadwórnej niezupełnie się ukończyły, jednakże Wydział krajowy postanowił rozpocząć budowę jeszcze w r. 1912, o ile Wydział powiatowy w Nadwórnej także przyczyni się do kosztów.

Z już istniejących szpitali prowincyonalnych, co do **trzech**, należących obecnie do najgorszych (Bochnia, Jasło, Stanisławów), czyni Wydział krajowy w osobnych sprawozdaniach wnioski bardzo poważne, proponując budowę **zupełnie nowych** zakładów. Z największem uznaniem należy te wnioski powitać, bo oznaczają one przełomowy zwrot w postępowaniu i ostateczne zerwanie w szpitalach prowincyonalnych z zasadą »łataniny«. Według pierwotnych projektów miał zarówno szpital w Bochni, jak w Stanisławowie, być tylko zrekonstruowany i rozszerzony; na szczęście pomysł ten został teraz stanowczo już pogrzebany. Szpital w Bochni zaprojektowano na 46 łóżek, (w tem 6 dla zakaźnych) kosztem około 300.000 kor., z czego około 100.000 dostarczą Rada powiatowa, gminy powiatu i zysk ze sprzedaży starego szpitala, 100.000 powinno pokryć miasto Bochnia, a 100.000 pokryje kraj pożyczką, umarzalną z taks za leczenie. Również w Jaśle stanąć ma szpital nowy na innem, już upatrzonem miejscu; przeszkody, wynikające z trudności znalezienia odpowiedniego gruntu i niezamożności miasta, udało się pomyślnie usunąć. Nowy szpital ma mieć 60 łóżek, a kosztować 360.000 k.

Wniosek o budowę nowego zupełnie szpitala w Stanisławowie ma doniosłość jeszcze większą, chodzi tu bowiem o szpital w jednem z największych miast prowincyonalnych, już dziś należący do typu szpitali średnich rozmiarów, z kilku oddziałami. (O wyrabianiu się tego typu szpitali w Galicyi pisałem w r. z.). Zanosiło się już zaś na to, że racyonalne rozwiązanie sprawy szpitala Stanisławowskiego przyjdzie uznać za rzecz przepadłą, bo Sejm w r. 1908 uchwalił już był ograniczyć się do budowy paru pawilonów na starym terenie szpitalnym. Teren ten jednak okazał się do tego zupełnie nieprzydatnym, tak jest ciasny, dokupno gruntu w sąsiedztwie okazało się z powodu wysokich cen — niemożliwem; szczęśliwemu zwrotowi sprawy dopomogła ofiarność miasta, które zrazu zachowywało się opornie, ale w końcu nietylko postanowiło odstąpić 5-morgowy teren pod budowę na obwodzie miasta, lecz także pokryć czwartą część kosztów budowy; drugie tyle uchwaliła pokryć Rada powiatowa. Nowy szpital ma objąć 200 łóżek (czy nie projektuje się odrazu zamało?) i kosztować 1,100.000 kor.

Dalej wnosi Wydział krajowy (w osobnem sprawozdaniu) zakupno gruntu w sąsiedztwie szpitala w Białej (30.000 kor.), zawiadamia o ukończonych lub będących w toku drobniejszych adaptacyach i rekonstrukcyach w szeregu szpitali (Bóbrka, Husiatyn, Jarosław, Kołomyja [leżalnia dla chorych na gruźlicę], Kosów, Przemyśl [wodociąg], Sanok, Nowy Sącz, Śniatyn, Tarnów), lub o rozpoczętych w tym względzie badaniach i przygotowaniach (Tarnobrzeg [wodociąg], Zaleszczyki [przebudowa domu administracyjnego, leżalnia dla gruźliczych], Żywiec [wodociąg, kanalizacya]), co najważniejsza zaś, przypomina o swych dawnych wnioskach w sprawie znaczniejszej przebudowy trzech złych szpitali, których to wniosków Sejm dotąd nie załatwił, lub załatwił niezupełnie. I tak niezałatwiony został wcale wniosek o budowę pawilonu zakaźnego i przebudowę starych gmachów w Drohobyczu, ani wniosek o budowę nowego szpitala w Podhajcach, gdzie w r. 1912 znowu powódź zalała cały szpital i musiano opróżnić bezzwłocznie cały parter zakładu. W Przemyślanach zaś uchwalił wprawdzie Sejm przebudować szpital (jeden z najgorszych w kraju) kosztem 117.539 kor., ale nie załatwił pety-

cyi tamtejszego Wydziału powiatowego o zezwolenie na pożyczkę w tym celu; wobec fatalnego stanu budynku musiano przedsięwziąć naprawy tymczasowe, (co oczywiście jest wydatkiem bezpowrotnie straconym).

Na drugiem miejscu przedstawia Wydział krajowy Sejmowi sprawy okręgów sanitarnych. W osobnem sprawozdaniu (z d. 24. VIII. 1912) zawiadamia o utworzeniu w r. 1911 i 1912 trzech nowych okręgów, z których dwa były już przez Sejm w r. 1910 uchwalone, oraz o tem, że z istniejących obecnie 189 okręgów wakuje 48, czemu jednak ma nadzieję zaradzić przez przygodne podwyższanie poborów w okręgach gorzej dotowanych, — a wreszcie wnosi utworzenie w r. 1913 dalszych dwunastu okręgów w 8 powiatach (Bochnia, Buczacz, Dąbrowa, Jarosław, Kolbuszowa, Myślenice, Podhajce, Żółkiew). Prócz tego zawiadamia Wydział krajowy o wliczeniu kilku lekarzom do emerytury lat służby z czasu przed wejściem ustawy emerytalnej w życie, oraz porusza sprawę podwyższenia wogóle poborów lekarzy okręgowych. W tym względzie nie wnosi jednak Wydział krajowy (niestety) nic konkretnego, usprawiedliwiając się tem, że petycye, wniesione w tej sprawie przez kilkudziesięciu lekarzy okręgowych zosobna, niezmiernie różnią się między sobą co do postulatów (i tak np. jedni proszą o podwyższenie tylko płacy, inni tylko ryczałtu na objazdy, jeszcze inni o jedno i drugie, albo prócz tego także o pięciolecia, w jednych podaniach oznaczono wysokość podwyżki, w innych nic i t. p.) i że »Związek lekarzy okręgowych, który miał postulaty jednolicie sformułować, dotychczas tego nie uczynił«. (Takie ociąganie się organizacyi lekarzy okręgowych we własnych interesach jest istotnie zdumiewające, a w każdym razie sprawia wrażenie przykrzejsze, niż nawet fakt, że Wydziały powiatowe w Mielcu i Wieliczce nie poparły petycyi swych lekarzy okręgowych). Ze swej strony starał się Wydział krajowy zebrać materyał (zaludnienie, stosunki komunikacyjne i inne warunki w poszczególnych okręgach) do projektu regulacyi poborów lekarzy okręgowych (i w połowie r. 1912 miał go już w ręku, ale i tak wniosków nie przygotował).

Z wielką ciekawością czyta się trzeci dział sprawozdania, zatytułowany »Sprawy ogólne«, w nim bowiem oczekuje się zestawienia wszystkich spraw sanitarnych, stanowiących zadanie władz autonomicznych krajowych. Spraw tych obecnie przybyło wiele, agendy kraju na tem polu szybko rosną. Byłoby rzeczą pożądaną, aby Departament sanitarny Wydziału krajowego przedstawiał je Sejmowi w zakresie całkowitym i omawiał w swych sprawozdaniach nietylko te sprawy, które załatwił, ale i te, które wyłaniają się na horyzoncie, choćby się nawet Wydział krajowy niemi dokładniej nie mógł jeszcze zająć. W tym kierunku nie były poprzednie sprawozdania Dep. V. wolne od braków, które nawet Komisya sanitarna Sejmu uznała za wskazane wytknąć. Sprawozdanie, które omawiamy, przynosi w tym względzie pewną już, choć niecałkowitą, poprawę; mianowicie już nie pomija ono, jak dawniej, postulatów w Sejmie podniesionych, ale przez Wydział krajowy nierozpatrywanych lub niezałatwionych, nie wspomina jednak nic o zadaniach, w Sejmie dotąd nieporuszanych, a któremi przecież należałoby się zająć i uwagę Sejmu na nie zwrócić. Na inicyatywę sejmowej Komisyi sanitarnej, w ostatnich sesyach niewątpliwie bardzo znaczną, nie należałoby wszystkiego przerzucać; wszak komisya ta składa się przeważnie z laików, zbiera się przygodnie w czasie sesyi sejmowej, i to na krótko. Tymczasem Departament sanitarny Wydziału krajowego może całością zadań społeczno-higienicznych kraju zajmować się stale i niejako fachowo, bo może w miarę potrzeby zaangażować do swych biur odpowiednich specyalnych pracowników, może zwoływać ankiety ze znawców i t. p. (Wszak już przed kilku laty podniesiono w Sejmie postulat, aby Wydział krajowy urządził ankietę ogólno-sanitarną, co dotychczas nie nastąpiło). Jednem słowem pragnęłoby się widzieć tutaj Wydział krajowy w roli przodowniczej.

W sprawozdaniu Dep. V. Wydziału krajowego na pierwszem miejscu »spraw ogólnych« umieszczono zwalczanie gruźlicy. Idąc za wskazówkami ankiety, zwołanej przez siebie w r. 1909, rozpoczął Wydział krajowy organizacyę leczenia gruźlicy w szpitalach powszechnych. W tym celu »udziela lekarzom stypendyów dla zapoznania się z najnowszemi metodami leczenia tej choroby, uwzględnia przy budowie nowych i rekonstrukcyi starych szpitali potrzebę odpowiednich leżalni, nadto zaś popiera w miarę możności finansowej kraju akcyę organizacyi prywatnych, zajmujących się zwalczaniem i leczeniem gruźlicy«, a mianowicie dla Towarzystwa walki z gruźlicą wstawił w budżet na r. 1913 oprócz stałej subwencyi, 2000 kor. na budowę drugiego baraku w Hołosku, podwyższył zasiłki na leczenie się dla nauczycielstwa i uczącej się młodzieży z 15.000 na 22.000 kor., wypłacił pierwszą ratę (2000 k.) z 25.000 kor., przyznanych przez Sejm na rozszerzenie sanatoryum »Bratniej Pomocy« w Zakopanem i subwencyonował Towarzystwo domu zdrowia nauczycielstwa polskiego w Zakopanem i żydowskie Stowarzyszenie »Zdrowie«. (Rozpoczęcie akcyi zwalczania gruźlicy przez kraj należy powitać z radością, chociaż początki te są jeszcze bardzo skromne. Szkoda, że w sprawozdaniu niema wiadomości, ile szpitali posiada już leżalnie, w ilu są one projektowane, ilu lekarzy, dokąd i na jak długo wysłano na studya w zakresie leczenia gruźlicy, i co więcej w zakresie szpitalnego leczenia gruźlicy, oprócz leżalni i wysyłania lekarzy na studya, jest wykonywane lub projektowane. Pożądaną byłaby także wiadomość czy jest w projekcie subwencyonowanie innych jeszcze instytucyi przeciwgruźliczych, jak np. Sanatoryum nauczycielskiego w Szczawnicy, żydowskiego Stowarzyszenia »Nadzieja« tamże, krakowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą i t. p.).

W sprawie leczenia matołków znajdujemy tylko krótką wzmiankę, że »Wydział krajowy nie otrzymał dotąd sprawozdania z c. k. Namiestnictwa«.

Co do zdrojownictwa zaznacza Wydział krajowy swoją »życzliwość i uznanie dla każdej akcyi, zmierzającej do rozwoju i podniesienia« zdrojowisk i uzdrowisk i zapowiada, że będzie popierać usiłowania Związku zdrojowisk i uzdrowisk, dla którego wstawił do budżetu na r. 1913 subwencyę 4000 k. (Nie ma tu jednak żadnej wzmianki, czy przygotowuje się ustanowienie fachowego organu nadzorczego dla zdrojownictwa, które wobec nowej ustawy zdrojowej powinnoby w Wydziale krajowym nastąpić).

Wykonując uchwałę Sejmową z r. 1910 przedstawił Wydział krajowy rządowi (w memoryale, dołączonym do sprawozdania) konieczność pomnożenia liczby członków Naj-

wyższej Rady Zdrowia, powoływanych z Galicyi. (Jak wiadomo, krok ten Wydziału krajowego odniósł skutek w mierze znacznej, chociaż jeszcze niezupełnej).

Na jesień 1912 zapowiada Wydział krajowy zwołanie ankiety w sprawie opieki nad nieuleczalnie umysłowo chorymi. (Nie wiadomo mi, czy ankieta taka się odbyła; dotychczas nie pojawiły się o niej żadne wiadomości publiczne).

Ważną sprawę zmiany normy żywienia w szpitalach (należącą raczej do spraw szpitalnictwa, nie do spraw »ogólnych«, wśród których umieszczono ją w sprawozdaniu) przedstawia Wydział krajowy w słowach następujących: »Zmiana normy żywienia — aczkolwiek w głównych zarysach opracowana — nie została jeszcze ostatecznie załatwiona. Uznając niedostateczność obecnej normy żywienia chorych, zaprowadził Wydział krajowy już w roku sprawozdawczym doraźną poprawę przez dodanie podwieczorków, oraz polepszenie śniadania«. (Z tej krótkiej wzmianki niepodobna ocenić dokładniej, w jakim stopniu nastąpiło polepszenie doraźne, a co ważniejsza, brak w tej wzmiance wszelkich konkretnych danych o wynikach owego dokonanego już opracowania nowej normy żywienia. Publikacya tych wyników jeszcze przed wprowadzeniem nowej normy byłaby bardzo pożądana.

Dalej zawiadamia Wydział krajowy o udziale swym w publikacyi dzieła »Die Irrenpflege in Österreich«, w którem umieszczono opis zakładów krajowych galicyjskich, o przygotowywaniu memoryału w sprawie ustawy o osobach niewłasnowolnych, której projekt rządowy ma wiele usterek, wreszcie o przygotowywanej reorganizacyi służby lekarskiej i regulacyi poborów lekarzy szpitali prowincyonalnych i prymaryuszy szpitali krajowych, do czego materyały są już zebrane.

Zasiłki na podróże naukowe otrzymało w r. 1911/12 czterech tylko lekarzy, których wymieniono imiennie, a mianowicie trzech prymaryuszy, jeden sekundaryusz szpitalny. Wydział krajowy zaznacza, że wszyscy lekarze, korzystający z zasiłków, składają mu ze swych podróży wyczerpujące sprawozdania. (Zdaniem mojem zbyt mało z tych sprawozdań dochodzi do wiadomości publicznej; ale to już nie Wydziału krajowego wina).

W końcu wylicza sprawozdanie szereg petycyi, przekazanych przez Sejm Wydziałowi krajowemu. Wydział krajowy, uwzględniając petycye, przyznał subwencye Krajowemu Związkowi zdrojowisk, Towarzystwu lekarskiemu lwowskiemu (na budowę domu), lwowskiemu Kołu Towarzystwa walki z gruźlicą (na budowę baraku), Poliklinice lwowskiej i poleca życzliwości Sejmu petycyę Towarzystwa higienicznego we Lwowie o subwencyę na cele I Zjazdu higienistów polskich. Co do stanowiska wobec petycyi Krajowego Związku zdrojowisk o utworzenie Krajowej Rady dla spraw zdrojownictwa i w sprawie podniesienia zdrojowisk pod względem sanitarnym, powołuje się Wydział krajowy na »wzmiankę w ogólnej części sprawozdania« (wzmianka to jednak tylko ogólnikowa o życzliwem stanowisku Wydziału krajowego). Wśród decyzyi odmownych jedna dotyczy podania Towarzystwa »Medyczna hromada« we Lwowie o subwencyę na cele sanitarne, druga podania dwóch prymaryuszy szpitala dziecięcego we Lwowie o stabilizacyę.

W teraźniejszej sesyi sejmowej przedłożyć ma Wydział krajowy jeszcze szereg dalszych sprawozdań i wniosków, których w swoim czasie nie omieszkam podać. Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krakowskie Towarzystwo lekarskie odbyło posiedzenia 2. i 9. IV. 1913. Na pierwszem Dr Schlank przedstawił chorą z kliniki ginekologicznej, a inż. Kwiatkowski wygłosił odczyt: »O amfiteatrze u stóp Wawelu«. W dyskusyi zabierali głos prof. Bujwid, Dr Surzycki, prezes Towarzystwa technicznego dyr. Horoszkiewicz, Dr Stahr, prof. Ciechanowski i Dr Janiszewski. Na drugiem posiedzeniu odbył się wykład Dr Nowaczyńskiego: »O leczeniu cukrzycy w pojęciu Noordenowskiem«. W dyskusyi przemawiali Dr Weissglas i prof. Braun.

— Ponieważ zdarza się dość często, że lekarze po ukończeniu studyów rozpoczynają praktykę, nie zgłosiwszy się poprzednio do władzy politycznej (w Krakowie: Magistrat, Miejski Urząd zdrowia), przeto dla uchronienia kolegów od niemiłych następstw przypominamy o obowiązującym w tym względzie przepisie ustawy.

— W kursie dla lekarzy, urządzonym w klinice prof. Jaworskiego, uczestniczyło 14 lekarzy zamiejscowych i miejscowych.

— Zmarły w zeszłym tygodniu w Starym Sączu ś. p. Dr Gawełkiewicz zapisał cały swój majątek na cele publiczne, jakoto: 10.000 Towarzystwu lekarzy galicyjskich na fundusz wdów i sierot, 5000 kor. Towarzystwu popierania nauki polskiej we Lwowie, tyleż na ubogich St. Sącza, dom swój z ogrodem wartości 20.000 kor. na ochronkę, a resztę majątku na stypendya.

— Do Düsseldorfu na mający się odbyć 14—26 kwietnia b. r. kurs dla lekarzy szkolnych wysyła gmina m. Krakowa dwu ze swych lekarzy szkolnych, Dr Jana Landaua sen. i Dr Staszewskiego.

— I. Zjazd higienistów polskich, który miał się odbyć w r. b. we Lwowie, został odłożony na r. 1914.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 16. kwietnia 1913 o godz. 6. wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Sprawa kliniki szpitala dziecięcego. 2) Prof. Lewkowicz: O zaburzeniach odżywiania u niemowląt.

Rok LII. Kraków, dnia 19. kwietnia 1913. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Nowotwory łagodne w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach.

Studyum kliniczne

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

(Ciąg dalszy).

I. Nowotwory łagodne nosa.

Jak już wspomniałem, od czasów Hippokratesa noszą one ogólną nazwę polipów nosowych.

Zdarzają się one niezwykle często, co stwierdzają nietylko badania na zwłokach. Zuckerkandl n. p. znajdował je jeden raz na 9—10 przypadków, P. Heymann natomiast o wiele rzadziej, w każdym razie również stosunkowo często, gdyż 1 na 28 zwłok, jakoteż i w klinice u żyjących. Tak n. p. M. Schmidt[3]) na 42635 chorych spostrzegał polipy nosa 1030 razy, czyli 1 na 41, B. Fraenkel (Aleksander[4]), Finder[5]) na 27600—850—920 przypadków, czyli 1:32, Jurasz[6]) na 4084 chorych w Heidelberskiej poliklinice — 228, t. j. 1:18, wreszcie P. Heymann najczęściej, gdyż na 4000 chorych — 392 przypadków, co stanowi stosunek 1 na 10, a więc taki mniej więcej, jaki Zuckerkandl znalazł na zwłokach.

Tenże autor zebrał dane z 35 poliklinik, przeważnie niemieckich, przyczem otrzymał następujące cyfry: na 14384 przypadków 1295, co stanowi stosunek mniej więcej taki sam (1:11).

Co się mnie tyczy, to, jak już wspomniałem, na blizko 27500 chorych, spostrzegałem guzów łagodnych wzgl. polipów i t. zw. polipowatych małżowin w nosie 1143 przypadków, t. j. 1:24 przypadki.

Powyższe więc cyfry moje są nieco większe od otrzymanych w poliklinice Berlińskiej, Frankfurckiej, natomiast znacznie mniejsze, t. j. znacznie mniejszą przedstawiają odsetkę, aniżeli podane przez P. Heymanna, a nawet Jurasza.

[3]) »Die Krankheiten der oberen Luftwege« 1897, II Auf.
[4]) »Nasenpolypen in ihrer Beziehung z. d. Empyem d. Nasennebenhöhlen« Arch. f. Laryng. Bd. V. p. 324, 1895.
[5]) »Bemerkungen über maligne Nasengeschwülste«. Ibidem p. 302.
[6]) Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg 1891 r.

Tak czy owak nie ulega wątpliwości, że ludność nasza w Królestwie Polskiem stosunkowo często podlega polipom nosa, przytem, jakkolwiek bliższych danych cyfrowych nie mogę dostarczyć, z moich spostrzeżeń jednakże wynika, że rasa semicka rzadziej podlega temu cierpieniu, wogóle sprawom przerostowym w górnych drogach oddechowych, okazując natomiast skłonność do spraw zanikowych (rhinopharyngolaryngitis sicca), a po części gruźlicy.

To samo ma się tyczyć Negrów (de Roaldes); u Japończyków natomiast według Okady[7]) polipy nosowe stosunkowo często występują w wieku dziecięcym.

Co do płci chorych, dotkniętych guzami łagodnymi, wzgl. polipami nosowymi, to przewaga zgodnie z poglądami wszystkich autorów (P. Heymann, Jurasz) stale bywa po stronie mężczyzn.

Na 1143 przypadków w mojej praktyce było z polipami nosa mężczyzn 677, kobiet zaś tylko 466, tj. około 1,5:1 (M. Mackenzie podaje mniejwięcej takiż stosunek: 1,6:1, Jurasz natomiast nieco większy: 1,8:1), co niewątpliwie zależy od tego, że mężczyźni z powodu zajęć swoich zawodowych o wiele więcej narażeni są na różne wpływy szkodliwe, bądź ogólnej, bądź miejscowej natury.

Co do wieku chorych, dotkniętych polipami nosowymi, to cyfry moje przedstawiają się w sposób następujący:

między 1 a 5	rokiem	życia	było	przypadków	2
» 5 » 10	»	»	»	»	10
» 10 » 20	»	»	»	»	198
» 20 » 30	»	»	»	»	325
» 30 » 40	»	»	»	»	315
» 40 » 50	»	»	»	»	159
» 50 » 60	»	»	»	»	91
» 60 » 70	»	»	»	»	29
» 70 » 80	»	»	»	»	12
» 80 » 90	»	»	»	»	2
				Razem	1143

Czyli najczęściej polipy nosa występowały między 20. a 40. rokiem życia (640 razy na 1143 przypadków, tj. przeszło w połowie wszystkich przypadków). M. Mackenzie i Schaeffer podają, jako najczęstszy pod tym względem okres, 20—30. Według P. Heymanna najczęściej ma to się

[7]) Pathologie der sogenannten Schleimpolypen der Nase. A. Fraenkels Arch. VII. p. 204.

zdarzać między 25. a 50. rokiem życia. Jurasz podaje najczęstszy okres 40—50. Ma to również swoje wytłómaczenie w tem, że jest to okres życia, w którym zwłaszcza mężczyźni najbardziej narażeni są na owe wpływy szkodliwe zewnętrznej i wewnętrznej natury, o jakich powyżej wspomniałem.

Następnie względnie często polipy nosowe zdarzają się między 40. i 50. rokiem życia, oraz między 10, względnie 15. a 20. Natomiast powyżej lat 50, a zwłaszcza 60, oraz poniżej 15. względnie 10. roku życia cierpienie to występuje rzadko. Jurasz natomiast widywał względnie dość często polipy nosa poniżej lat 16.

Najstarszy z operowanych przezemnie na obustronne polipy nosa chorych liczył 84 lat. P. Heymann operował 89-letnią chorą z polipami nosa. Najmłodszy z moich chorych, któremu również usunąłem polipy z nosa, liczył lat 2.

Cardone i Le Roy spostrzegali cierpienie to już u dwudniowego dziecka, Krakauer i Rupp u 4 tygodniowego, wreszcie M. Schmidt u $^1/_2$-rocznego. Przypadki te wskazują niewątpliwie, że cierpienie to może być wrodzone.

Z liczby 466 chorych płci żeńskiej, dotkniętych polipami nosa, było najwięcej panien wzgl. dziewcząt, gdyż 225, następnie mężatek 173, najmniej zaś wdów, gdyż tylko 68, przyczem co do zajęcia 68 uczęszczało do szkół niższych i wyższych, lub też było nauczycielkami, 112 pozostawało w różnorodnej służbie, 60 było szwaczek i magazynierek, wreszcie 94 uczęszczało do sklepów, lub rozmaitych biur, w pozostałych 132 przypadkach, przeważnie u mężatek, praca ograniczała się na gospodarstwie domowem.

W zestawieniu powyższem uderza znaczna ilość pracujących ciężko fizycznie, a więc różnorodnych służących, dotkniętych polipami nosowymi.

Na 677 mężczyzn wgl. chłopców było co do zajęcia najwięcej urzędników i oficyalistów, gdyż 78, oraz rolników i obywateli ziemskich 77, wreszcie uczniów i studentów (69). Stosunkowo często spostrzegałem polipy nosowe u kupców (49), księży (36), różnorodnych służących, oraz wojskowych (oficerów różnego stopnia) po 24, wreszcie szewców (23).

O wiele już rzadziej w mojej praktyce spostrzegałem to cierpienie u subjektów (18), nauczycieli (14), farmaceutów, lekarzy, adwokatów, wreszcie różnorodnych robotników, ślusarzy (po 12 przyp.), następnie woźnych (11), techników i konduktorów (po 9), krawców, sędziów, malarzy, emerytów (po 8), weterynarzy, pisarzy, cukierników, zegarmistrzów, dorożkarzy, buchalterów, dyrektorów (po 6), rzeźników, introligatorów, leśniczych, ogrodników, kasyerów, geometrów, inżynierów, rysowników (po 5), rybaków, garbarzy, młynarzy, telegrafistów, żołnierzy, mechaników, maszynistów, blacharzy, rządców, jubilerów, fabrykantów, murarzy (po 3), kotlarzy, kapeluszników, drukarzy, muzyków, kowali, ogrodników, szklarzy, kuśnierzy, stolarzy, tokarzy i mydlarzy (po 2), wreszcie rękawiczników, drzeworytników, nożowników, pończoszników, kuśnierzy, oraz siodlarzy (po 1 przyp).

Największego więc kontygentu chorych z polipami nosa dostarczyli urzędnicy, rolnicy, oraz ucząca się młodzież, poza tem, jak to widać z powyższego zestawienia, żaden fach, żadne zajęcie nie jest wolne od tego cierpienia: zarówno życie siedzące w niepomyślnych warunkach higienicznych (nieczyste, przesycone dymem tytoniowym powietrze), jakie widzimy przeważnie u urzędników, jak i zajęcia, zdawałoby się, higieniczne, na świeżem powietrzu (wprawdzie z częstemi zmianami atmosferycznemi), a więc u rolników, usposabiają w równej mierze do tego cierpienia.

Etyologia. Co się tyczy przyczyn powstawania polipów nosowych, to dotąd nie są one jeszcze wyjaśnione w dostatecznym stopniu. Przedewszystkiem należy tu odróżnić czynniki usposabiające, o czem znajdujemy wzmianki już u Galena, oraz przyczyny bezpośrednio wywołujące to cierpienie. Do pierwszych przedewszystkiem zaliczyć należy dziedziczność, która w powstawaniu nowotworów łagodnych, jakkolwiek nie w takim stopniu, jak w złośliwych, stanowczo ma swoje znaczenie, na co jeszcze w wieku XVII zwrócił uwagę Braun, a co w nowszych czasach potwierdzają Moure, Bosworth, a zwłaszcza P. Heymann. Ten autor przytacza niezwykle ciekawy fakt, dotyczący lekarza, który często podlegał operacyom wycięcia polipów nosowych. Wszystkie czworo jego dzieci, t. j. 2 synów i 2 córki, oraz 4 (z 6) dzieci najstarszego syna (żonatego), leczyło się lub operowało przez Heymanna z powodu polipów nosa.

Ja również miałem niejednokrotnie możność spostrzegać i operować przypadki polipów nosowych u osób, których ojciec lub matka bądź oboje, jakoteż jedno, lub więcej z rodzeństwa dotknięci byli tem cierpieniem.

Z innych przyczyn, usposabiających do pewnego stopnia do polipów nosa, należy wymienić przymiot, nadużycia napojów wyskokowych, oraz w paleniu tytoniu, co względnie bardzo często spotykałem u moich chorych.

Również i ogólne stany chorobowe, jakoto blednica, wogóle niedokrwistość (anaemia), zołzy, gruźlica, moczówka cukrowa, artrytyzm, cierpienia serca i nerek, jako też pewne stany fizyologiczne u kobiet (peryod, ciąża, karmienie, okres przekwitania i t. p.) mogą też do pewnego przynajmniej stopnia być czynnikiem usposabiającym do polipów nosowych, jakkolwiek nie należy zapominać, że stany chorobowe również, przynajmniej niektóre (np. neurastenia, nieżyty przewlekłe dolnych dróg oddechowych i t. p.) mogą być też następstwem polipów nosowych.

Przechodzę obecnie do przyczyn miejscowych. Według najnowszych badań Hajeka, Aleksandra, oraz P. Heymanna okazuje się, że wszelkie, zwłaszcza długotrwałe drażnienie wgl. zapalenie przewlekłe błony śluzowej nosa może stać się punktem wyjścia dla wytworzenia się polipów nosowych, przyczem niekoniecznie są tu niezbędne zmiany głębsze w kościach (t. zw. necrosing ethmoiditis-Woakes, caries-Grünwald, hyperplasia-Zuckerkandl, osteitis rarefaciens-Hajek-P. Heymann).

Takimi drażniącymi błonę śluzową nosa czynnikami mogą być ciała obce (P. Heymann), wogóle zaś uraz, owrzodzenia (t. zw. ziarnina), wreszcie nowotwory złośliwe (raki, mięsaki). Ja również, podobnie jak i P. Heymann, widywałem niekiedy w sąsiedztwie nowotworów złośliwych rozwijające się polipowate wyrośle (polypöse Wucherungen), maskujące nawet samo zasadnicze cierpienie.

Bardzo ważnem jest pytanie, czy ropienie, pochodzące z zatok bocznych nosa, wywołuje zawsze tworzenie się polipów nosowych, jak to mianowicie utrzymywał Gruenwald w pierwszej swojej w tym przedmiocie pracy [8], czyli też jest

[8]) »Lehre von den Naseneiterungen«. München 1893.

to zależne i od innych jeszcze czynników. Otóż nie ulega najmniejszej wątpliwości, że polipy nosa niezwykle często połączone są z ropieniem zatok bocznych nosa, zwłaszcza zatoki szczękowej górnej (Highmora).

W moich spostrzeżeniach na 1143 przypadków polipów nosa spostrzegałem jednocześnie zajęcie (ropienie) w jamach bocznych nosa 232 razy, co stanowi 20%, przytem lwia część, gdyż przeszło połowa wszystkich przypadków (130) przypada na jamy szczękowe górne (Highmora), reszta (102 przyp.) na pozostałe, bądź pojedynczo (40 czołowe, 20 sitowe, 8 klinowe), bądź po kilka (22 czołowe i Highmora, 4 czołowe i sitowe, 3 sitowe i Highmora, 1 sitowe i klinowe, wreszcie 2 razy sitowe-klinowe i Highmora, raz czołowe, sitowe i Highmora, wreszcie raz wszystkie zatoki boczne nosa były zajęte sprawą ropną, obok jednoczesnych polipów nosa). Z drugiej jednak strony słusznie bardzo zwraca uwagę P. Heymann na fakt, że polipy nosa przeważnie bywają z obu stron, gdy ropienie w zatokach bocznych nosa przeważnie w większości przypadków bywa jednostronne (w moich spostrzeżeniach tylko w 48 przypadkach było obustronne zajęcie przeważnie zatok szczękowych górnych wzgl. czołowych przy obustronnych polipach nosa, w pozostałych zaś 184 jednostronne).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem.

Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro

(na mocy 500 własnych spostrzeżeń)

napisali

Dr Kazimierz Dłuski i **Dr Stefan Rudzki**

Dyrektor Sanatoryum — I. asystent.

(Dokończenie).

W ostatnich dwóch przypadkach jest rzeczą ciekawą, iż uparte niewystępowanie odczynu Moro pomimo powtórzenia próby było zwiastunem groźnego powikłania choroby w postaci gruźlicy nerek.

Poza opisanymi trzema przypadkami ujemny odczyn Moro przy dwóch wcieraniach spostrzegaliśmy u 2 chorych z dużemi zmianami w płucach i niepewnem rokowaniem, u 5 chorych z małemi zmianami w płucach, lecz słabą ogólną odpornością; u 2 z zagojoną nieczynną sprawą i u jednego wreszcie, u którego przez dłuższy czas stosowano podskórne wstrzykiwania tuberkuliny w celach leczniczych.

U wszystkich tych 17 chorych, którzy z początku nie oddziaływali na maść tuberkulinową, później zaś dali odczyn dodatni Nr 1, były objawy jawnej i czynnej gruźlicy (wbrew twierdzeniu Moro, który sądzi, że gdy odczyn jego »tylko po powtórnem wcieraniu daje dodatni wynik, przemawia to naogół przeciw obecności jawnego ogniska«[28]). Jako zasadę spostrzegaliśmy u tych chorych pomiędzy pierwszem a drugiem wcieraniem mniejszą lub większą poprawę stanu ogólnego i miejscowego. Przytaczamy parę jaskrawszych przykładów:

1) Aniela W., 16 l., przybyła 19. VI. 1910 z dużym naciekiem w lewem płucu, głównie w dolnym płacie (ze skłonnością do rozpadu). Stany podgorączkowe do 37·5. Odżywienie upośledzone. Rokowanie niepewne. Odczyn Moro 29. VI. 1910 ujemny, 3. X. 1910 dodatni Nr 1, w międzyczasie wybitna poprawa w płucach oraz w stanie ogólnym. (Przybytek na wadze 12 kg przez 3½ mies.) 30. IV. 1911 opuściła zakład po 316 dniach pobytu ze znaczną poprawą.

2) Helena C., 22. l, przybyła 11. VIII. 1910 z niewielkiem zajęciem prawego szczytu, oraz naciekiem prawie całego lewego płuca (z poczynającym się rozpadem w szczycie). Ciepłota podgorączkowa. Odżywienie mierne. — Rokowanie wątpliwe. Odczyn Moro 16. VIII. 1910 ujemny, 3. X. 1910 dodatni Nr 1: w tym czasie nastąpiła nadzwyczajna poprawa u chorej: rozpad powstrzymał się, rzężenia prawie zupełnie znikły, prątki Kocha z Nr 9 Gaffky doszły do 0, włókna sprężyste, które były w dużych splotach, również znikły. Ciepłota prawidłowa. Przybytek na wadze = 7 kg po niecałych 2 miesiącach. Chora opuściła zakład 30. X. 1910 po 81 dniach leczenia z bardzo wielką poprawą.

3) Mikołaj T., 36 l., przybył 26. VIII. 1909 z dużym naciekiem w prawym, górnym i środkowym płacie i z niewielkiemi zmianami w lewym szczycie. Ciepłota do 37·9. Odczyn Moro ujemny 4. XII. 1909, gdy pomimo wybitnej poprawy w płucach, stany podgorączkowe zdarzały się jeszcze, w plwocinie zaś były stale prątki Kocha i włókna sprężyste. 30. III. 1910 odczyn Moro dodatni Nr 1: przez ten czas nastąpiła zupełna utrata gorączki, przybytek na wadze = 2 kg, w płucach zupełne prawie zniknięcie wszelkich objawów klinicznych, prątki niestale w małych ilościach, włókna sprężyste znikły zupełnie. W tym przypadku dopiero po utrwaleniu się wyników odczyn Moro dodatni. 7. IV. 1910 chory wyjechał po 215 dniach leczenia z bardzo wielką poprawą. Poprawa ta utrzymuje się dotąd (w ciągu 2 przeszło lat) i chory nasz — jako sędzia — pracuje bez przerwy.

Jedyny przypadek, gdy pierwszy raz odczyn wypadł ujemnie, powtórny zaś dodatni Nr 2 — była to:

1) Elżbieta R., 17 l., przybyła 7. X. 1910 z niewielkimi naciekami obu szczytów płucnych. Ciepłota czasami do 37·1. Odżywienie upośledzone. Ustrój bardzo wątły. Odczyn Moro 24. X. 1910 ujemny, w 6 tygodni potem 12. XII. 1910 dodatni Nr 3: przez ten czas wyglądanie chorej wybitnie poprawiło się, ilość hemoglobiny we krwi wzrosła z 60% na 75% (Govers); przybytek na wadze = 3·3 kg; w płucach zupełne zniknięcie rzężeń. Po 176 dniach leczenia chora wyjechała 31. III. 1911 ze znaczną poprawą.

2) Eufemia Z., 25 l., przybyła 3. IV. 1911 z wyraźnymi naciekami w obu szczytach, głównie w prawym (II okres Turbana). W plwocinie prątki Kocha Nr 5 Gaffky. Stany podgorączkowe. Odżywienie złe. Odczyn Moro 5. IV. 1911 ujemny, po 3 miesiącach 5. VII. 1911 dodatni Nr 3. Przez ten czas ogromna poprawa: przybytek na wadze = 5·2 kg, utrata gorączki, zniknięcie prątków; w płucach pozostało ledwo nieznaczne skrócenie odgłosu opukowego w prawym szczycie bez rzężeń. Chora wyjechała 7. VIII. 1911 po 127 dniach leczenia ze znaczną poprawą. Wróciła do zakładu 1. XII. 1911 dla utrwalenia wyników leczenia: stan płuc zupełnie nie pogorszył się w domu, ani przez czas obserwacyi do 20. III. 1912, kiedy chora wyjechała jako klinicznie wyleczona.

Ciekawą jest analiza 6 przypadków, w których odczyn Moro pierwotnie wypadł dodatnio Nr 1, później zaś

---

[28]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 246.

ujemnie. Składały się na nie przedewszystkiem 3 przypadki, w których chorym pomiędzy jednem a drugiem wcieraniem maści Moro zaczęto wstrzykiwać podskórnie tuberkulinę w celach leczniczych.

Już innym autorom, pracującym nad sprawą odczynów tuberkulinowych, znany był fakt, iż odczyn często nie występuje, jeśli choremu jednocześnie wstrzykiwano tuberkulinę. Toteż Kanitz podkreśla, że w jego — naogół niepomyślnych dla odczynu Moro badaniach — »żaden z chorych nie był leczony tuberkuliną«. Wetzell przytacza pracę Marenholtza, który przy leczeniu tuberkuliną otrzymywał ujemny odczyn W. Eisnera. — Kraemer na oddziale Lenhartza w Eppendorfie na 37 przypadków pewnej gruźlicy z dodatnim odczynem miał 15, w których poprzednio stosowano leczenie tuberkuliną: odczyn u tych chorych wystąpił, lecz był słabszy, niż u innych. Objaśnia to Kraemer w ten sposób, że »po wprowadzeniu poprzedniem w jakikolwiek sposób tuberkuliny, ustrój oddziaływa tak, jakby został nagle przeładowany (ueberschwemmt) lasecznikami gruźliczymi i przez częste wprowadzanie tuberkuliny powstaje antytuberkulina«.

Wśród naszych 500 chorych, poddanych próbie Moro, 33 jednocześnie wstrzykiwano tuberkulinę TBk w celach leczniczych. Z nich u 10, t. j. w 30%, odczyn Moro wypadł zupełnie ujemnie, u 16, t. j. w 50%, otrzymaliśmy słaby odczyn (Nr 1), w 5 przypadkach Nr 2 i tylko w jednym Nr 3. W tym jednym przypadku chory w wilię wtarcia maści otrzymał pierwsze wstrzyknięcie tuberkuliny Béranecka (1:655360).

W 5 przypadkach odczynu dodatniego Nr 2 wstrzykiwano chorym tuberkulinę Béranecka od 4 dni do 10 tygodni. Dawki zastosowane przed próbą Moro wynosiły: $^1/_{1181}$, $^1/_{1250}$, $^1/_{3901}$, $^1/_{4638}$ i $^1/_{3495248}$ grama czystej tuberkuliny Béranecka.

Chorzy ze słabym dodatnim odczynem Nr 1 przeszli leczenie tuberkulinowe w przeciągu czasu od 4 dni do 6 miesięcy. Ciekawe są w tej liczbie dwa przypadki wyników próby Moro po długiem leczeniu tuberkuliną:

1) Michał J., 40 l., poraz drugi w sanatoryum od 18. X. 1909. Trzeci okres Turbana. Od 26. X. 1909 wstrzykiwania TBk. Odczyn Moro 22. XI. 1909 ujemny (po wstrzyknięciu ogółem $^1/_{2041}$ gr. czystej TBk).

Powtórna próba Moro 25. IV. 1910 po wstrzyknięciu w ciągu 6 miesięcy ogółem $^1/_{45}$ gr. czystej TBk dała wynik dodatni Nr 1 (w tym czasie względna poprawa stanu ogólnego i miejscowego).

2) Zofia S., 23 l., (I. okres Turbana) w sanatoryum od 6. VIII. 1909. Wstrzykiwania TBk od 8. IX. 1909. Po $^1/_{182}$ gr. TBk odczyn Moro 22. XI. 1909 ujemny; po 7 miesiącach wstrzykiwania TBk (ogółem $^1/_3$ gr. czystej TBk) Moro + Nr 1 (w tym czasie poprawa względna).

Odsetek ujemnego odczynu Moro przy leczeniu tuberkuliną i bez niego jest mniej więcej jednakowy (z TBk — 30%, bez — 29%); ciekawe są natomiast kazuistyczne przypadki, w których próbę Moro po dwa razy wykonano.

1) Kazimierz R., 23 l., porąz drugi w sanatoryum od 10. X. 1909 (III. okres Turbana). Wstrzykiwania TBk od 17. X. 09; po zastosowaniu $^1/_{1187}$ gr. czystej TBk odczyn Moro ujemny 22. XI. 1909.

Wstrzykiwania TBk bez przerwy przez 7 miesięcy. Pomimo osiągnięcia znakomitej poprawy w płucach i stałego stanu bezgorączkowego, odczyn Moro powtórnie ujemny 10. IV. 1910. (Chory otrzymał TBk ogółem $^5/_8$ gr.) Znaczna poprawa, osiągnięta w sanatoryum w r. 1909—1910, dotąd po 2 latach trwa bez pogorszenia, chory skończył w tym czasie wyższy zakład naukowy i pracuje stale.

2) Wisława K., 20 l., w sanatoryum od 16. VI. 1910 (I. okres Turbana). Odczyn Moro dodatni Nr 1 w d. 20. VI. 1910. Od 17. VII. 1910 wstrzykiwania TBk. W dniu 3. X. 1910 pomimo wyraźnej poprawy stanu ogólnego i miejscowego, odczyn Moro ujemny (chora otrzymała w tym czasie $^1/_{2184}$ gr. TBk). Wyjechała 15. XII. 1910 po 183 dniach leczenia ze znaczną poprawą.

3) Pałładiusz C., 25 l., w sanatoryum od 9. VII. 1910 (II. okres Turbana). Odczyn Moro dodatni Nr 1 w d. 15. VII. 1910.

Od 8. XI. 1910 wstrzykiwania TBk. Odczyn Moro 4. XII. 1910 ujemny pomimo poprawy ogólnej i miejscowej (TBk otrzymał $^1/_{15604}$ gr). W d. 22. I. 1911 chory wyjechał ze znaczną poprawą po 167 dniach leczenia.

4) Marya K., 20 l., w sanatoryum od 18. VIII. 1910 (I. okres Turbana). Od 6. IX. 1910 wstrzykiwania TBk. Odczyn Moro dodatni Nr 1 3. X. 1910 (po $^1/_{9230}$ gr TBk), ujemny 4. XII. 1910 (po $^1/_{1360}$ gr. czystej TBk). Chora wyjechała 24. IX. 1911 ze znaczną poprawą po 403 dniach leczenia.

Spostrzeżenia powyższe zdają się świadczyć, iż wprowadzenie do ustroju tuberkuliny Béranecka hamuje wystąpienie odczynu Moro, — pomimo to, że według twierdzenia Béranecka tuberkulina, przyrządzona jego sposobem, różni się zasadniczo od starej tuberkuliny Kocha, — składnika, działającego w maści Moro.

Niemniej ciekawy jest jedyny przypadek, w którym stosowaliśmy surowicę Czajkowskiego:

Wincenty W., 58 l., przybył do sanatoryum 7. I. 1910 z gruźlicą płuc w II. okresie Turbana (w plwocinie tbc = Nr 7 Gafiky, włókna sprężyste pojedyncze), — oraz z gruźlicą jelit (stolce zmienne, w kale ropa i prątki Kocha Nr 5 Gaffky, w kilku miejscach w skupieniach; w okolicy ślepej kiszki zgrubienie i czułość na ucisk). Ciepłota do 38·8. Odżywienie upośledzone. Odczyn Moro dodatni Nr 1 w d. 25. I. 1910.

Od 12. III. 1910 zaczęto wstrzykiwania surowicy Czajkowskiego na prośbę samego chorego, który pochodził z Sosnowca (miejsce zamieszkania Dra Czajkowskiego) i słyszał tam o dodatnich wynikach surowicy. Po 5 wstrzykiwaniach odczyn Moro w d. 31. III. 1910 ujemny, pomimo, że stan ogólny i miejscowy chorego uległ w tym czasie poprawie.

27. IV. 1910 chory opuścił sanatoryum po 111 dniach leczenia ze znaczną poprawą.

Poza opisanymi 4. przypadkami, gdy widocznie w związku z leczeniem swoistem powtórny odczyn Moro wypadł ujemnie, u dwóch chorych spostrzegaliśmy niewystąpienie powtórnego odczynu bez określonych bliżej przyczyn.

1) Barbara G., 18 l., przyjechała do sanatoryum 11. I. 1910 z gruźlicą płuc II. okresu Turbana. Odczyn Moro 25. I. 1910 dodatni Nr 1. Chora wyjechała 1. V. 1910 ze znaczną poprawą. Po raz drugi przybyła 7. XII. 1910 z niewielkiem pogorszeniem stanu ogólnego i miejscowego. Odczyn Moro 12. XII. 1910 dał wynik ujemny. Chora opuściła zakład 16. I. 1911 z względną poprawą. Być może, iż chwilowe pogorszenie stanu chorej wywołało ujemny odczyn za drugim razem.

2) Marya T., 29 l., przybyła 26. VIII. 1910 z gruźlicą płuc I. okresu Turbana. Odczyn Moro dodatni Nr 1 3. X. 1910.

Powtórnie dokonana próba w d. 28. XII. 1910 dała wynik ujemny; stan ogólny chorej w tym czasie polepszył się, na wadze przybyło jej 4,5 kg, lecz ciepłota podgorączkowa (do 37·4) nie mniej częsta, stan płuc pozostał bez zmiany, w plwocinie 8. XII. 1910 poraz pierwszy wykryto prątki Kocha (Nr 3 Gaffky). W d. 5. I. 1911 chora wyjechała ze względną poprawą.

I tu możliwem jest, że chwilowe zaostrzenie w płucach dało ujemny wynik powtórnej próby Moro.

Trzynaście przypadków, w których próba Moro wypadła obydwa razy dodatnio, lecz słabo (Nr 1), nie przedstawiają nic ciekawszego. Powtórne wcieranie maści tuberkulinowej było tu dokonywane w czasie od 9 dni do 14 miesięcy.

Odczyn silniejszy (Nr 2) za drugim razem, gdy pierwszy wypadł słabo (Nr 1), mieliśmy w 4 przypadkach.

1) Leonia P., 20 l., przybyła do sanatoryum poraz drugi 28. I. 1910 (II. okres Turbana). Odczyn Moro dodatni Nr 1 w d. 30. III. 1910. Chora opuściła zakład 20. V. 1910 ze znaczną poprawą (przeszła z II. okresu Turbana do I). W dniu 12. XII. 1910 powróciła do zakładu z niewielkiem pogorszeniem w płucach. Odczyn Moro w dniu 18. XII. 1910 dodatni Nr 2. Poprawa tym razem bardzo szybka. Chora ze znaczną poprawą opuściła ponownie zakład 4. IV. 1911 po 114 dniach leczenia.

2) Ludwika H., 67 l., przybyła 24. VIII. 1909 z gruźlicą płuc II. okresu Turbana. Odczyn Moro 3. XI. 1909 dodatni Nr 1. Wyjechała 16. XII. 1909 po 115 dniach leczenia ze znaczną poprawą. Powróciła 2. VII. 1910: w płucach tylko I okres Turbana, w domu przybyło na wadze 5·3 kg. Odczyn Moro 15. VII. 1910 dodatni Nr 2. Po 67 dniach leczenia chora ponownie opuściła zakład ze znaczną poprawą.

3) Lesław W., 24 l., przybył 7. I. 1910 z gruźlicą płuc I. okresu Turbana; 10. I. 1910 odczyn Moro dodatni Nr 1. Ponowna próba 28. II. 1910 dała silniejszy odczyn Nr 2. W tym czasie na wadze przybyło 6 kg (w ciągu 7 tygodni), w płucach też nastąpiła poprawa (znikły rzężenia, zmniejszyło się przytłumienie w szczycie i zaostrzenia oddechowe), prątki Kocha znikły z plwociny. Chory wyjechał 2. III. 1910 po 55 dniach leczenia ze znaczną poprawą i dotąd po 2 latach czuje się dobrze.

4) Bronisław C., 28 l., przybył 6. IV. 1910 w I. okresie Turbana. Odczyn Moro 13. IV. 1910 dodatni Nr 1, po 8 tygodniach 8. VI. 1910 odczyn Moro Nr 2. W tym czasie choremu przybyło na wadze 10 kg, z plwociny prątki znikły, w płucach również nastąpiła poprawa. Chory wyjechał 23. VI. 1910 ze znacznem polepszeniem.

We wszystkich tych przypadkach wzmożenie odczynu Moro odpowiadało wybitnej poprawie stanu chorych.

Odwrotnie — pogorszenie kliniczne spostrzegaliśmy u jednego chorego, który za pierwszym razem miał odczyn Moro Nr 2, a za drugim Nr 1.

Roman Z., 45 l., przybył 24. X. 1909 z gruźlicą płuc w III. okresie Turbana i gruźlicą rozpadową krtani. Odczyn Moro 4. XII. 1909 dodatni Nr 2. Chory osiągnął znaczną poprawę zarówno w płucach, jak głównie w krtani i wyjechał 25. IV. 1910 po 180 dniach leczenia. 21. XI. 1910 chory wrócił: pogorszenie sprawy gruźliczej w płucach niewielkie, lecz w plwocinie stale wielkie ilości prątków (Nr 9 Gaffky) i liczne włókna sprężyste w bardzo dużych splotach. Odczyn Moro 12. XII. 1910 dodatni Nr 1 (Nb. chory od 23. XI. 1910 miał wstrzykiwaną TBk), 19. IV. 1911 chory wyjechał tylko ze względną poprawą.

Bardzo rzadkie były kategorye powtórnego odczynu Nr 2 i Nr 3.

W dwóch tylko przypadkach oba razy wypadł odczyn Nr 2.

1) Michał P., 18 l., przybył 30. V. 1909 w III. okresie Turbana. 4. XII. 1909, gdy chory osiągnął już bardzo znaczną poprawę, odczyn Moro był dodatni Nr 2. W 6 miesięcy potem — przy ustaleniu się wyników leczenia — odczyn Moro znów Nr 2. Chory wyjechał 17. X. 1910 po 506 dniach leczenia ze znaczną poprawą; dotąd — po 1$^1/_2$ przeszło roku — czuje się zupełnie dobrze i przyjęty został do wojska jako oficer.

2) Hania P., 13 l., przyjechała 1. IX. 1911. Bardzo nieznaczne zmiany szczytowe i powiększenie gruczołów śródpiersia. Ciepłota podgorączkowa. Odczyn Moro 29. X. 1911 dodatni Nr 2. W miesiąc potem odczyn Moro znów Nr 2. Po osiągnięciu bardzo znacznej poprawy zarówno w stanie ogólnym, jak i miejscowym, chora wyjechała 28. V. 1912.

W jednym przypadku mieliśmy z początku silny odczyn Moro Nr 3, potem zaś tylko średni Nr 2.

Jadwiga P., 16 l., przybyła 2. VI. 1911 z dużym naciekiem w prawym górnym płacie z poczynającym się rozpadem. Ciepłota prawidłowa. Odczyn Moro 5. VII. 1911 dodatni Nr 3. Poprawa u chorej nastąpiła bardzo szybko: rozpad powstrzymał się, naciek znacznie się zmniejszył, przybytek na wadze do 28. XI. 1911 = 17·2 kg. Powtórnie dokonana próba Moro w d. 28. XI. 1911 dała Nr 2: poprawa w tym czasie szła znacznie powolniej, waga nietylko nie zwiększała się, lecz spadła nieco. 15. V. 1912 chora opuściła zakład.

W tym przypadku słabszy powtórny odczyn Moro byłby zgodny z faktami klinicznymi.

Jedyny wreszcie przypadek, gdy odczyn Moro wypadł dwa razy w najsilniejszym stopniu Nr 3, był następujący:

Ks. Franciszek T., 27 l., przybył 21. IX. 1910 z dużym rozpadającym się naciekiem w prawym górnym płacie i z niewielkiemi zmianami w lewym szczycie. Odczyn Moro 26. XI. 1910 dodatni Nr 3. Poprawa u chorego była powolna, lecz wyraźna — pomimo poważnych zmian w płucach. W 13 miesięcy po pierwszej próbie powtórna w d. 28. XII. 1911 dała znów wynik dodatni Nr 3. Chory utrzymał uzyskaną poprawę do wyjazdu w d. 28. V. 1911, gdy po 20 miesiacach leczenia opuścił zakład.

Trzykrotnie dokonaliśmy próby z maścią tuberkulinową u 7 chorych: wyniki były bardzo urozmaicone.

W jednym przypadku odczyn stale wypadał ujemnie.

Fryda H., 37 l., przybyła 28. VI. 1910: W obu szczytach wyraźne przytłumienia, oddech szorstko zaostrzony; rzężenia średniopęcherzykowe przelotnie raz tylko słyszane nad lewym grzebieniem łopatki w bardzo niewielkiej ilości. Wielokrotne badanie plwociny ani razu nie wykryło prątków Kocha, ani włókien sprężystych, natomiast dużo było paciorkowców. Ciepłota z początku do 39·4, po 2 tygodniach spadła i potem rzadko tylko przechodziła nieco 37° w ustach. Próba Moro stale ujemna 29. VI. 1910, 16. VIII. 1910, 3. X. 1910. Na wyjezdnem (w d. 1. XI. 1910) u chorej pozostały bardzo nieznaczne skrócenia odgłosu opukowego w szczytach, oddech prawie prawidłowy. W tym przypadku zachodzić może wątpliwość, czy mieliśmy przed sobą rzeczywiście gruźlicę.

W innym przypadku pierwsze dwie próby dały ujemny wynik, trzecia zaś dopiero dodatni.

Antoni S, 18 l., przybył 25. VI. 1910 w II. okresie Turbana. Ciepłota najwyżej 37·1. Odczyn Moro w d. 27.

VI. 1910 i 16. VIII. 1910 wypadł ujemnie. Poprawa w płucach przez ten czas niewielka, przybytek na wadze = 3 kg. W d. 3. X. 1910 trzeci raz dokonany odczyn Moro wypadł dodatnio Nr 1: przez ten czas polepszenie w płucach postąpiło naprzód. Chory wyjechał 28. II. 1911 ze względną poprawą.

W jednym przypadku próba Moro, powtórzona po 4 miesiącach i po 8 miesiącach, dała ten sam wynik, co i za pierwszym razem, mianowicie słaby odczyn Nr 1.

Ciekawe było stałe podnoszenie się siły odczynu u chorej Leonidy S., 20 l.

Przybyła ona 29. XI. 1910 w stanie ciężkim, ze znacznem wyniszczeniem, ciepłota do 38·5. W płucach gruźlica III. okresu Turbana. Moro 12. XII. 1910 ujemny. Stan płuc zaczął się szybko poprawiać; chora gorączkę straciła; na wadze przybyło jej 3·3 kg w ciągu 2 miesięcy i wtedy odczyn Moro 13. II. 1911 wypadł dodatnio Nr 1. Upływa jeszcze miesiąc, w ciągu którego poprawa ogólna i miejscowa posuwa się — i chora 13. III. 1911 ma już odczyn Moro Nr 2. Po 140 dniach leczenia w d. 17. IV. 1911 chora wyjechała ze znaczną poprawą.

W trzech wreszcie pozostałych przypadkach odczyn Moro był niestały.

1) Helena R., 22 l., przybyła 25. III. 1910 z niewielkiemi zmianami w płucach (I. okres Turbana) i podejrzeniem co do zmian w gruczołach okołooskrzelowych przy wybitnej niedokrwistości. Prawie stałe niewielkie stany podgorączkowe. Odczyn Moro 30 III. 1910 ujemny, lecz 8. VI. 1910 już dodatni Nr 1. Przez ten czas nastąpiła wyraźna poprawa w wyglądaniu chorej, na wadze przybyło 3·5 kg, w szczytach znikły rzężenia i zmniejszyły się skrócenia odgłosu opukowego, 5. VIII. 1910 chora wyjechała do domu ze względną poprawą. 30. XI. 1910 wróciła ponownie do sanatoryum: wygląda znów gorzej; na wadze straciła blizko 1 kg, stany podgorączkowe stalsze i większe. Odczyn tym razem znów ujemny 4. XII. 1910. Pomimo dłuższego leczenia (166 dni) chora osiągnęła niewielką poprawę i wyjechała 14. V. 1911

2) Jakób P., 17 l., przybył 12. XI. 1909 w II. okresie Turbana. Odczyn Moro 4. VII. 1909 dodatni Nr 1. Od 31. XII. 1909 wstrzykiwania TBk; odczyn Moro 30. III. 1910 wypadł ujemnie pomimo względnej poprawy w płucach i stanie ogólnym. 12. IV. 1910 chory wyjechał ze znaczną poprawą po 152 dniach leczenia. Po 8 miesiącach pobytu w domu (bez swoistego leczenia) wrócił 12. XII. 1910: stan płuc nie uległ pogorszeniu. 21. XII. 1910 odczyn Moro znów dodatni Nr 1. Po 322 dniach leczenia chory wyjechał ponownie ze znaczną poprawą.

3) Józef C., 21 l., przybył 1. I. 1911 w II. okresie Turbana. Odczyn Moro 2. I. 1911 dodatni Nr 1; od 6. II. 1911 wstrzykiwania TBk; po 3 wstrzyknięciach 13. II. 1911 odczyn Moro jeszcze dodatni, lecz po miesiącu 13. III. 1911 już ujemny, pomimo wyraźnej poprawy w stanie ogólnym i miejscowym. 1. VI. 1911 chory wyjechał ze znaczną poprawą po 152 dniach leczenia.

W obu ostatnich przypadkach zniknięcie odczynu Moro należałoby objaśnić swoistem leczeniem tuberkuliną Béranecka.

W jednym wreszcie przypadku wcieraliśmy maść Moro 4 razy.

Jerzy K., 34 l., przybył 5. II. 1910 w II. okresie Turbana. Odczyn Moro ujemny 30. III. 1910 i 20. VI 1910 pomimo wyraźnej poprawy w stanie ogólnym i względnego polepszenia w płucach; dopiero 16. VIII. 1910 wcieranie maści tuberkulinowej dało wynik dodatni Nr 1: w tym czasie przybytek na wadze = 11·2 kg, w płucach znaczna poprawa. 28. IX. 1910 chory wyjechał po 236 dniach leczenia ze znaczną poprawą. 21. I. 1911. wraca on znów do sanatoryum po 4-miesięcznym pobycie w domu; gorzej wygląda, utrata wagi = 2 kg. w płucach więcej rzężeń, niż na wyjezdnem. Odpowiada temu pogorszeniu i odczyn Moro, który 13. II. 1911 wypadł ujemnie. Chory wyjechał 28. V. 1911.

I w tym przypadku zmienność odczynu Moro odpowiadała stanowi chorego.

Zakończenie.

Poddaliśmy wyczerpującemu rozbiorowi cały nasz materyał, przytoczyliśmy szereg spostrzeżeń i zestawień.

Opierając się na własnych badaniach, wysnuć możemy następujące wnioski o znaczeniu klinicznem odczynu Moro:

1) Próba tuberkulinowa Moro jest odczynem swoistym, a dodatni jej wynik świadczy o zakażeniu gruźliczem badanego

2) Niewystąpienie odczynu Moro nie wyłącza istnienia gruźlicy w ustroju, gdyż średnio w 33% pewnej gruźlicy otrzymuje się wynik ujemny.

3) Ilość dodatnich wyników próby Moro wyraźnie zmniejsza się z wiekiem chorych.

4) Znaczenie prognostyczne próby Moro jest daleko większe od dyagnostycznego.

5) Niewystąpienie odczynu Moro w stwierdzonej klinicznie gruźlicy daje w zasadzie niepomyślne rokowanie.

6) Im odczyn Moro jest silniejszy, tem rokowanie jest lepsze.

7) Wyniki powtórnie dokonanej próby Moro odpowiadają zazwyczaj przebiegowi przypadku i dają rokowanie, zgodne z powyższemi zasadami.

8) Swoiste leczenie gruźliczych osobników (zapomocą tuberkuliny Béranecka) znosi lub osłabia wystąpienie u nich odczynu Moro.

9) Wobec powyższych danych próbę tuberkulinową Moro zalecić można, jako zupełnie nieszkodliwą, a mającą wybitne znaczenie kliniczne dla rozpoznania i zwłaszcza dla rokowania w gruźlicy.

Piśmiennictwo. 1) Bullinger: Münch. m. Woch. 1909. Nr 26. — 2) Chlumsky: Przegl. lek. 1910. Nr 15, str. 213. — 3) Chybczyński: Medyc. i Kron. lek. 1909. Nr 2—6, str. 26, 58, 82, 105, 125. — 4) Determan: Münch. m. Woch. 1909. Nr 50. — 5) Emmerich: Münch. m. Woch. 1908. Nr 20. — 6) Engel: Deut. m. Woch. 1911. Nr 36. — 7) Enz: Wien. kl. Woch. 1908. Nr 12. — 8) Friedberger: Münch. m. Woch. 1910. Nr 50. — 9) Hamburger: Wien. kl. Woch. 1908. Nr 12. — 10) Tenże: Münch. m. Woch. 1909. Nr 1. — 11) Heineman: Münch. med. Woch. 1908. Nr 11. — 12) Kanitz: Wien. kl. Woch. 1908. Nr 28. — 13) Kraus, Volk u. Löwenstein: Deut. m. Woch. 1911. Nr 9. — 14) Lejeune: Berl. kl. Woch. 1908. Nr 39. — 15) Mayrhofer: Die Anwendung der Moroschen perkutanen Tuberkulinreaktion im Kindesalter. Inaug. Diss. München. 1908. — 16) Monti: Wien. kl. Woch. 1908. Nr 41. — 17) Moro & Doganoff: Wien. kl. Woch. 1907. Nr 31. — 18) Moro: Münch. m. Woch. 1908. Nr 5. — 19) Moro: Münch. m. Woch. 1908. Nr 39. — 20) Moro: Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. XII. — 21) Piotrowski: Gaz. lek. 1910. Nr 29. — 22) Pirquet: Wien. kl. Woch. 1907. Nr 20. — 23) Pirquet: Berl. kl. Woch. 1907. Nr 22. — 24) Pirquet: Berl. kl. Woch. 1907. Nr 38. — 25) Römer: Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. XII. str. 185—194. — 26) Römer: Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. XVII. str. 427—460. — 27) Rolly: Münch. m. Woch. 1910. Nr 16. — 28) Rolly: Münch. m. Woch. 1910. Nr 44. — 29) Rolly: Münch. m. Woch. 1911. Nr 24. — 30) Sorgo: Deut. m. Woch. 1911. Nr 22. — 31) Szaboky: Zeitschr.

f. Tuberk. 1911. Bd. 17. H. 2. — 32) Takeno: Ueber das Wert der Moroschen Perkutanreaktion in der Diagnostik der Kindtuberkulose. Inaug. Diss. München 1910. — 33) Weil: Münch. m. Woch. 1909. Nr 48. — 34) Wilczyński: Przegl. lek. 1911. Nr 43, str. 693. — 35) Wolff-Eisner: Berl. kl. Woch. 1908. Nr 30.— 36) Wolff-Eisner: Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. X. — 37) Wolff-Eisner: Die Frühdiagnose und Tuberkulose-Immunität 1909. — 38) Wolff-Eisner u. Teichman: Berl. klin. Woch. 1908. Nr 2.— 39) Wetzell F.: Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. XI. s. 271.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Reichel. **Doświadczenia z zamroczeniem skopolaminą z morfiną, pantoponem i narkofiną.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 12). R. próbował różnych kombinacyi powyższych środków celem uzyskania zamroczenia, i przekonał się, że skopolamina w większych dawkach jest środkiem bardzo nieobliczalnym, a nawet niebezpiecznym, ale stosowana w dawce odpowiedniej, może znakomicie wspomagać uśpienie, a także znieczulenie miejscowe. Skopolaminę kombinuje się z innymi narkotykami. Nie nadają się wcale do tego morfina i pantopon, bo nietylko nie osłabiają złego działania skopolaminy, ale nawet je potęgują (np. porażenie oddechu). Natomiast z przetworów makowca nadaje się do tego celu znakomicie narkofina; środek ten nie działa tak źle na ośrodek oddechowy, jak wyżej wspomniane. Daje się go w dawce 0,03. — Unikać należy zamroczenia: 1) u osób cierpiących na zaburzenia w drogach oddechowych, 2) u osób starszych, 3) u bardzo osłabionych. (Odpadają zatem najważniejsze wskazania! Przyp. sprawozd.). K.

Kisch. **O eterowem uśpieniu kroplowem po poprzedniem wstrzyknięciu pantoponu i atropiny z kwasem siarkowym** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 7). Celem zmniejszenia ilości spotrzebowanego środka usypiającego, usunięcia stanu podniecenia i wymiotów i uspokojenia chorego, polecano wstrzykiwać morfinę przed zabiegiem, a celem zmniejszenia ślinotoku atropinę lub skopolaminę. K. przekonał się jednak, że bez porównania lepszy skutek osiąga się przez wstrzyknięcie na $^1/_2$ godziny przed uśpieniem pantoponu 0,02 i t. zw. atropiny z kwasem siarkowym w dawce 0·001. Taka atropina jest o połowę mniej trująca od siarkanu atropiny i zawiera 10% mniej tego środka, a ślinotok usuwa nie gorzej od zwykłej atropiny. Pantopon znów, z powodu zawartości innych alkaloidów, podrażniających ośrodki rdzeniowe, nie wpływa ujemnie na tętno, oddech i jelita. Wymioty, a potem powikłania płucne są znacznie rzadsze przy tem uśpieniu. K.

Oser i Pribram. **O znaczeniu śledziony w ustroju, dotkniętym nowotworem złośliwym i wpływaniu na nowotwory zapomocą zawiesiny śledziony** (Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Ther. 12, 1913). Wiadomo, że pewne tkanki, jak chrząstki, ściany naczyń krwionośnych i śledziona bardzo rzadko bywają zajęte przez nowotwory złośliwe. O. i P. wycinali śledzionę zwierzętom przed lub po zaszczepieniu nowotworów złośliwych, starali się uodpornić zwierzęta zawiesiną śledziony lub leczyć zwierzęta, którym nowotwór zaszczepiono. Ogółem przekonali się, że wpływ śledziony na nowotwory jest wyraźny. Tak np. u zwierząt z wyciętą śledzioną nowotwory przyjmowały się lepiej, rosły szybciej. Wstrzykiwania śledziony roztartej wywoływały wolniejszy wzrost guza, a nieraz jego znikanie, a gdy równocześnie szczepiono nowotwór i śledzionę, to nowotwór nie przyjmował się. Fakta te dowodzą, że istnieją w śledzionie substancye, które działają na nowotwory, jakby niweczniki. Substancyi tych niema we krwi. A.

Kolb i Laubenheimer. **W sprawie oceny zapobiegawczego leczenia tężca surowicą** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 9). W tężcu wynosi śmiertelność jeszcze 80—90%; w razie wybuchu choroby surowica niewiele pomaga, natomiast ma ona podobno działać bardzo dobrze zapobiegawczo. Ocenićby to jednak można jedynie wtedy, gdybyśmy mogli stwierdzić, że w danym przypadku na pewno było zakażenie prątkami tężca, a jednak objawy tężca mimo to nie wystąpiły. Przypadek taki opisują autorzy. Po zranieniu ręki wykazano w ropie prątki tężca, oraz prątki podobne do prątka obrzęku złośliwego. Surowicę zastosowano zaraz po zranieniu, a potem w dużej dawce po zbadaniu bakteryologicznem. Tężec mimo obecności prątków nie wystąpił. Podobny przypadek opisał Jess. (Przypadek, opisany przez autorów, nie dowodzi stanowczo, że tu zawdzięczać należy surowicy wstrzymanie rozwoju tężca, bo surowicę zastosowano w dużej dawce właściwie dopiero po bakteryologicznem stwierdzeniu drobnoustrojów tężca, nadto w ropie wykazano także prątki obrzęku złośliwego, a zakażenie niemi również nie nastąpiło; wszak nieraz spotyka się jadowite drobnoustroje w ranie, a mimo to zakażenie się nie rozwija. Przyp. sprawozd.).

Na końcu swej pracy dodają autorzy, że pewność zapobiegawczego działania surowicy zyskaćbyśmy mogli wtedy, gdyby surowica działała w każdym przypadku (stosowana zapobiegawczo) skutecznie, co niestety się nie sprawdza. K.

Kuhn. **Pierwsza pomoc przy uduszeniu zapomocą bezpośredniego wdmuchiwania powietrza** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 12). Artykuł Kuhna ma za cel udowodnić, że pierwsza pomoc w przypadkach zaburzeń w oddychaniu bywa zwykle za krótką i niedokładną. Stan zamartwiczy nie jest wcale tak rzadki, a stwierdzenie śmierci bardzo trudne i Kuhn jest głęboko przekonany, że wiele osób, uznanych za zmarłe, dałoby się jeszcze uratować. Sztuczne oddychanie, zwłaszcza wykonywane przez laików, zwykle jest bardzo niedokładne; o wiele też pewniejszym sposobem (który Kuhn poleca wyuczyć się i laikom) jest bezpośrednie wdmuchiwanie do płuc powietrza (lub tlenu, jeśli go mamy pod ręką). Uczynić to można bardzo łatwo zapomocą przyrządów, podanych przez Kuhna. Odsuwa się nagłośnię palcami i wprowadza cewnik na mandrynie do tchawicy, poczem się mandryn wyciąga i balonikiem wdmuchuje powietrze. Lekarz powinien wsunąć elastyczną rurkę metalową, przez którą laik może już dalej godzinami wdmuchiwać powietrze. K.

Holzwarth. **Doświadczenia z zakresu chirurgii polowej w Bułgaryi** (Tow. lek. Peszt. 1913 I.). H. pracował w ekspedycyi węgierskiego Czerwonego krzyża w Sofii. W wojsku bułgarskiem jest wielki brak lekarzy, bo jest tylko 658 lekarzy, a z tego zaledwo 10 chirurgów. Rany też często były bardzo źle na polu bitwy opatrywane, tamponowane, niepotrzebnie sondowane i t. p., chociaż postępowanie wobec nowej broni, zwłaszcza karabinowej, musi stawać się coraz więcej zachowawczem. Żołnierze bułgarscy nie wszyscy mieli patrony opatrunkowe, a wielu nie wiedziało, jak z nimi się obchodzić. Opatrunek należy koniecznie przymocować plastrem, bo opaskowy zesuwa się. $^1/_4$ pocisków karabinowych pozostaje w ciele, $^1/_3$ ran ulega silnemu zakażeniu. Zranienia czaszki przebiegają groźnie, brzucha zaś i klatki piersiowej zwykle bardzo dobrze nawet bez operacyi. Często po zranieniu naczyń krwionośnych występują tętniaki. O ile można, lepiej odczekać 2 miesiące, nim przystąpi się do ich operacyi.

Tężec występuje często. Wstrzykiwania siarkanu magnowego w 3 przypadkach okazały się bezskuteczne, natomiast należałoby się na wypadek wojny zaopatrzyć obficie w surowicę tężcową. Przy zranieniu kończyn obecnie wyjątkowo stosuje się amputacye, a nawet zakażone złamania wielokrotne, udaje się zachowawczo wyleczyć. K

Colmers. **O działaniu nowoczesnych pocisków.** (Frankf. Zeitg. 1913 Nr 6). Pociski karabinowe sprawiają z odległości większej, niż 100 metrów, uszkodzenia, jeżeli tak powiedzieć można, humanitarne. Poniżej 100 metrów zaś wylot postrzału bywa zwykle większy, nieraz wielkości dłoni. Rany te są zwykle czyste, a zakaża je nieumiejętne opatrywanie, względnie niepotrzebna tamponada (z obawy przed krwotokiem). Pociski, używane obecnie przez Turków (na wzór niemieckich), t. zw. ostrokończyste (w przeciwieństwie do cylindrowych, używanych przez związkowców bałkańskich) są już znacznie gorsze, bo często pękają w ciele, zniekształcają się, a co gorsza, mają punkt ciężkości nie w środku, przez co nieraz się obracają, t. j. idą tępym końcem naprzód i często pozostają przez to w ciele. Pociski armatnie sprawiają zwykle uszkodzenia większe, często rany są tu już odrazu zakażone i przypominają rany zadawane bronią palną dawnych systemów, t. j. karabinów od przodu nabijanych. Pamiętać należy o tem, że w chwili postrzału część ciała trafiona ma inne położenie, niż potem i dlatego uszkodzeń szukać należy nietylko na linii, łączącej oba otwory postrzału. K.

Bircher. **Przyczyna nagminnego wola** (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. V). B. staje w obronie teoryi, tłómaczących powstawanie wola przez wpływy geologiczne, względnie przez picie wody, przechodzącej przez pewne formacye geologiczne. Za ważny dowód tego uznaje B. przykłady doświadczalnego wywoływania wola u zwierząt przez pojenie ich »wolową« wodą. Do tego nawiązuje B. ciekawe uwagi w sprawie t. zw. serca wolowego. Tak np. po wycięciu wola u psów pojenie ich wodą »wolową« wywołuje przyspieszenie tętna. Podobnie ludzie po operacyi wola, choć serce ich na razie się uspokoiło po powrocie do okolic »wolowych« zaczynają znów cierpieć na przypadłości sercowe. Wobec tego zmiany w sercu uważa B. nie tyle za skutek wola, ile raczej za skutek bezpośredniego zadziałania na serce pewnej toksyny, zawartej, zdaje się, w wodzie »wolowej«. A.

Schepelmann. **Jednostronne unieruchomienie płuca zapomocą wycięcia nerwu przeponowego** (Tow. lek. Halle XI. 1912). Unieruchomienie płuca celem leczenia gruźlicy stanowi obecnie jeden z ważnych środków leczniczych. Na podstawie doświadczeń na zwierzętach dochodzi S. do przekonania, że dałoby się to uskutecznić zapomocą wycięcia lub przecięcia nerwu przeponowego. Wprawdzie przepona nie jest jedynym mięśniem, potrzebnym do oddychania, ale odgrywa tu bardzo ważną rolę; po przecięciu nerwu ruchy oddechowe po stronie operowanej słabną znacznie, a dołącza się jeszcze do tego wysokie ustawienie porażonej części przepony, co wzmaga unieruchomienie płuca. U człowieka możnaby nerw wyszukać i przeciąć najlepiej na skrzyżowaniu z m. pochyłym przednim (scalenus anticus). Zabieg to niewielki i nie przedstawiający niebezpieczeństwa. (Podobny zabieg na człowieku wykonał już Stuertz, a Hellin na podstawie doświadczeń na zwierzętach nawet go już odrzucił). K.

Sauerbruch. **Wpływanie na cierpienia płuc zapomocą sztucznego porażenia przepony** (phrenicotomia) (Münch. med. Woch. 1913, Nr 12). Przez przecięcie nerwu przeponowego osiąga się porażenie części przepony, wyrażające się wysokiem wydechowem jej ustawieniem, co wpływa wybitnie uciskowo na dolne części płuc. Chcąc więc unieruchomić płuco od dołu, można próbować tego zabiegu, co też S. w 5 przypadkach u człowieka ze skutkiem wykonał. Zwłaszcza nadaje się ten zabieg celem wywarcia ucisku na dolne części, gdy one są zmienione, lub też gdy zamierzamy zdrowe bronić przed zakażeniem z aspiracyi plwociny, jeżeli potem przystąpić się ma do wycięcia górnych żeber celem unieruchomienia płuca i t. p. Cięcie prowadzi się na tylnym brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, a nerw grubości 3 mm znajduje się na mięśniu pochyłym przednim. K.

Urologia.

B. Dobrotworsky. **Przypadek odsobnionej gruźlicy jednej połowy nerki rozwojowo nieprawidłowej (podwójnej).** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. II). W przypadku D. miała nerka, wycięta z powodu gruźlicy, budowę zrazikową, oprócz tego miała dwie miedniczki i dwa moczowody, które oddzielnie do pęcherza uchodziły. Ognisko gruźlicze znajdowało się tylko w jednej połowie nerki. Ta wadliwa budowa anatomiczna mogła dać powód do ważnej pomyłki rozpoznawczej, gdyby cewnik wprowadzono do tego moczowodu, który odchodził od zdrowej połowy nerki. Pisarski.

Feliks Hagen. **Przechowywanie i wyjaławianie półmiękkich narzędzi.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 1). Autor podaje ścienną szafkę swojego pomysłu z kryształowemi szybami i odpowiedniemi płytami z nikeliny wewnątrz, do przechowywania i wyjaławiania miękkich i półmiękkich cewników, jak również i narzędzi do endoskopii narządu moczowego. Wyjaławianie odbywa się zapomocą pastylek formalinowych i z chlorkiem wapnia. Jako szczególnie dobrą stronę tej szafki podnosi H. łatwość przeglądu i oryentacyi, pomieszczenie dużej ilości cewników w małej przestrzeni i taniość szafki. Pisarski.

Mayer. **Zastosowanie elektrycznej latarki kieszonkowej, jako pomocniczy środek rozpoznawczy przy niepewnych co do rozpoznania wodniakach jądra.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 6). Kieszonkowa latarka elektryczna nadaje się znakomicie do rozpoznawczego prześwietlania wodniaka jądra w wątpliwych przypadkach. Otrzymuje się przytem obraz bardzo jasny; można prześwietlać także zapomocą zwykłej żarówki, zasłoniwszy część nie przytykającą do moszny czarną materyą. K.

A. Bauereisen. **O drogach pooperacyjnego zakażenia w narządzie moczowym kobiecym.** (Zeitschr. f. gyn. Urolog. 1913, T. 4. Nr 1). Autor badał cały szereg przypadków po ciężkich zabiegach ginekologiczno-chirurgicznych (op. Freund-Wertheima i inne) i doszedł do następujących wniosków. Zarazki dostają się do pęcherza moczowego w okresie wyzdrawiania, gdy zajdzie potrzeba wypuszczenia moczu cewnikiem, z cewki moczowej, w której w tym okresie znajdują się bardzo obficie; mogą one dostać się z cewki moczowej do pęcherza także i bez cewnikowania. Nasilenie sprawy zapalnej w pęcherzu zależy w wielkim stopniu od mechanicznego uszkodzenia zewnętrznych warstw pęcherza podczas zabiegu operacyjnego i od sprawy zapalnej około pęcherza (paracystitis). Bardzo często powstaje w zewnętrznych warstwach ściany pęcherza naciek zapalny, w którym można wykazać obecność licznych drobnoustrojów, bardzo jednakże rzadko przechodzących przez ścianę pęcherza do wnętrza.

Do moczowodów może się dostać zakażenie dwiema drogami, albo wprost z pęcherza drogą wstępującą, albo też od zewnątrz przez ścianę moczowodu, szczególnie w dolnej jego części, która podczas zabiegu mogła być od zewnątrz nieco uszkodzona.

Nerki ulegają zakażeniu drogą wstępującą z pęcherza lub też drogą krwi; zakażenie drogą krwi następuje szczególnie wtedy, jeżeli w ranie pooperacyjnej przeważa zakażenie gronkowcem. Również i drogą naczyń limfatycznych, wzdłuż moczowodów ku górze w tkance zaotrzewnej, może nastąpić zakażenie nerek; powstaje najpierw sprawa zapalna około nerki, która następnie przebija do nerki.

Co do zarazków, jakie odgrywają rolę w zakażeniu dróg moczowych po operacyach na częściach rodnych wewnętrznych, to B. znajdował zawsze mieszane zakażenie gronkowcami, paciorkowcami i prątkiem okrężnicy. Prątek okrężnicy był najmniej jadowity. Badając otwór pooperacyjny znajdował B. prątki okrężnicy zawsze w warstwach najpłytszych, natomiast paciorkowce i gronkowce drążyły

zawsze w głębsze warstwy; ale i prątek okrężnicy może czasami drążyć w głębsze warstwy.

Najlepszym środkiem zapobiegawczym byłoby uniknięcie cewnikowania; udaje się to po lżejszych zabiegach przez wstrzyknięcie do pęcherza 20 cm³ borgliceryny (sposób, podany swego czasu przez Baischa), poczem następuje samoistne oddanie moczu i cewnikowanie jest niepotrzebne. Czasami pituglandol oddaje w takich przypadkach dobre usługi. Ale w przypadkach ciężkich, szczególnie po operacyi Freund-Wertheima, cewnikowanie jest niezbędne, a zakażenie pęcherza pewne. Zapalenie pęcherza zwalczać wtedy należy dokładnem przepłukiwaniem po każdem cewnikowaniu, stosowaniem kollargolu i wewnętrznem podawaniem środków odkażających mocz, jak urotropina i t. p.

Pisarski.

Ottow. **Cystoskopem rozpoznany a przez laparotomię stwierdzony taśmowaty zrost pomiędzy jelitem cienkiem a szczytem pęcherza.** (Zeitschr. f. gyn. Urolog. 1913, T. 4. Nr 1). Autor podaje do wiadomości przypadek, w którym przez laparotomię usunięto macicę z powodu raka; w 6. dniu po operacyi powstała przetoka moczowodowo-pochwowa po lewej stronie. Gdy po paru miesiącach tasama chora zgłosiła się, ażeby uwolnić ją od ciągłego wypływania moczu przez pochwę, stwierdzono zapomocą cystoskopii na szczycie pęcherza lejkowate wciągnięcie, w którem spostrzedz się dawał przez ścianę pęcherza ruch robaczkowy jelita. Na tej podstawie rozpoznano zrost pęcherza z jelitem, co też po otwarciu jamy brzusznej, w celu wszczepienia moczowodu do pęcherza, rzeczywiście stwierdzono. Pisarski.

Hans Hermann Schmidt. **Przetoka pęcherzowo-pochwowa, wyleczona przez wolne przeszczepienie rozcięgna.** (Zeitschr. f. gyn. Urolog. 1913, Nr 1, T. 4). Wolne przeszczepianie kawałka wyciętego rozcięgna znalazło od r. 1909, kiedy po raz pierwszy podał ten sposób Kirschner, rozległe zastosowanie w chirurgii. W ginekologii zastosował ten sposób po raz pierwszy Schmidt, pokrywając linię szwów na pęcherzu kawałkiem szerokiego rozcięgna uda, tak, iż tkanka ta odgraniczała pęcherz od pochwy. Wynik był dodatni. Pisarski.

W. Stoekel. **Przebicie zapomnianego tamponu do pęcherza, po operacyi Schauty-Wertheima wskutek wypadnięcia macicy.** (Zeitschr. f. gynäkol. Urolog. T. 4. Nr 1. 1913). Wskutek wypadnięcia macicy wykonano u 45-letniej kobiety operacyę Schauty-Wertheima. Po pewnym czasie zgłosiła się ta chora powtórnie, z objawami nieżytu pęcherza. Cystoskopia stwierdziła obecność dużego kamienia. Przy litotrypsyi okazało się, że kamień ma jakieś miękkie podścielisko, które chwycone litotryptorem i wydobyte częściowo przez cewkę okazało się kawałkiem gazy. Ponieważ ten kawałek gazy nie dawał się całkowicie przez cewkę usunąć, musiano naciąć przednią ścianę pochwy, wydobyć macicę z jej położenia, jakie jej nadała poprzednia operacya i po nacięciu pęcherza wydobyć gazę tą drogą. Następnie zeszyto pęcherz, macicę wprowadzono w poprzednie położenie i zeszyto pochwę. Gojenie było prawidłowe.

Pisarski.

Ekler. **Przypadek lewostronnego obniżenia nerki, powikłany ropnem zapaleniem nerki i miedniczki nerkowej po stronie prawej.** (Zeitschr. f. gynäk. Urolog. T. 4. Nr 1. 1913). W przypadku tym rozpoznano ciążę w trzecim miesiącu i torbiel lewego jajnika, z tego powodu otwarto jamę brzuszną w celu usunięcia torbieli, która mogła później stanowić przeszkodę porodową. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że guz po lewej stronie brzucha jest nerką, leżącą w miednicy. Nerki tej nie usunięto, gdyż nie znano wartości czynnościowej drugiej nerki. W dalszym przebiegu przekonano się, że po prawej stronie istnieje ropne zapalenie miedniczki nerkowej i nerki. Ponieważ objawy tej choroby stawały się coraz silniejsze, wywołano poronienie, poczem leczono nerkę zachowawczo, z dobrym skutkiem. Ażeby uniknąć na przyszłość powikłań w ciąży ze strony nerek, nie mogąc usunąć żadnej z nerek, zaproponowano chorej wycięcie obu jajników. Pisarski.

Dienst. **O budowie i histogenezie wrodzonych nowotworów nerki.** (Zeitschr. f. gynäkol. Urolog. T. 4. Nr 1. 1913). Wrodzone, jeszcze w życiu płodowem powstałe nowotwory nerki należą do wielkich rzadkości i autor zebrał z piśmiennictwa tylko 6 takich przypadków. Przypadek autora dotyczy płodu nieżywo urodzonego, długości 30 ctm. Cała prawa nerka była zamieniona w guz, wielkości jaja kurzego, o zachowanym kształcie nerki; zresztą nigdzie nic nieprawidłowego sekcya nie wykazała. Badanie mikroskopowe stwierdziło nowotwór mieszany (adeno-myosarcoma). Bird-Hirschfeld nazwał tę grupę nowotworów, występujących w nerkach płodów lub w pierwszych okresach życia dziecka i mających dążność do szybkiego rozrostu, »embryonales Adenosarcom«. Punktem wyjścia tych nowotworów jest zdaniem jego ciało Wolffa, gdyż w niem dają się wykazać komórki mięsne, a następnie w przypadkach, spostrzeganych przez Birch-Hirschfelda guz był odgraniczony od nerki właściwej. Wedle innych punktem wyjścia tych nowotworów jest pranercze; inni wreszcie przyjmują, że w samej tkance nerkowej mogą te nowotwory powstawać.

Pisarski.

Erne. **Czynnościowe badanie nerek zapomocą fenolsulfonftaleiny podług Rowntree i Geraghty** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 10). E. zachwala wymienioną w tytule próbę czynnościową nerek, polegającą na wstrzyknięciu 0,006 fenolsulfonftaleiny w 1 cm³ wody (gotowe w ampułkach), a następnie na procentowem obliczeniu w moczu w godzinę i we dwie zapomocą kolorymetru Autenrieth-Königsbergera. Sposób ten jest tak prosty, że może wykonać go każdy praktyk nawet w godzinie ordynacyjnej. Przy zdrowych nerkach po godzinie wykazuje się w moczu około 45%, po dwóch około 70%. Próba ta jest bardzo czułą i wykazuje zboczenia czynności nerek nawet tam, gdzie ani śladu białka wykryć nie można. Wogóle lekarz pamiętać powinien, że białkomocz jest tylko jednym z dowodów złej czynności nerek, że mogą one nie wydzielać białka, a mimo to być schorzałe, t. j. zatrzymywać w ustroju ciała bardzo szkodliwe. Właśnie próby czynnościowe nerek służą do wykrywania tej niesprawności nerek. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 5. grudnia 1912.

1. Kol. Brzeziński i Perłowski opisali przypadek **ostrej białaczki.** D. 18. sierpnia 1912 r. zgłosił się do szpitala fabrycznego w Zawierciu robotnik l. 21 z powodu bólów w rękach, nogach i plecach, trwających od 3 tygodni. Poprzednio nigdy nie chorował, rodzina zdrowa. Badanie stwierdziło uderzającą bladość, na skórze tułowia, ud i kończyn górnych liczne plamki wielkości grochu, czarne, nie ginące pod palcem. Na błonie śluzowej języka i jamy ustnej kilkanaście plamek ciemnowiśniowej barwy. Dziąsła obrzmiałe, krwawią. Gruczoły szyjne i pachwinowe wielkości grochu, niebolesne. Płuca i serce bez zmian. Brzuch wzdęty, śledziona sięga do pępka, górny brzeg na 7. żebrze. Wątroba wystaje z pod łuku na jeden palec, niebolesna. Cukru i białku niema. Ciepłota 37·4⁰—38·5⁰, tętno 100—112. Wkrótce występuje biegunka, stolce ze znaczną domieszką krwi. D. 29. sierpnia ciepłota podnosi się nagle do 40⁰, 31. sierpnia śmierć przy objawach zapalenia płuc. Badanie krwi 27. sierpnia wykazało 15% hemoglobiny (Sahli), krwinek czerwonych 1,300.000, białych

9.600, przed śmiercią 240.000. W preparatach, barwionych sposobem Ehrlicha i Giemsy, przeważają małe limfocyty z jądrami okrągłemi, wypełniającemi całą prawie komórkę. Leukocytów neutrofilnych bardzo mało, eozynochłonnych niema wcale. W limfocytach dużych jądra nieprawidłowe i nierównomiernie zabarwione (postacie przejściowe). Badanie drobnowidowe wykrywa w narządach wewnętrznych zmiany dwojakiego rodzaju: ostre zwyrodnienie miąższowe i rozrost tkanki limfatycznej. Pierwsze najwyraźniej w nerkach, wątrobie, częściowo w sercu (myocardite segmentaire Renaut), rozrost tkanki limfatycznej — w szpiku kostnym, wątrobie, śledzionie, najmniej w nerkach. Osobliwością tego przypadku są zmiany anatomopatologiczne w wątrobie, nerkach i sercu, oraz przewaga małych i średnich limfocytów nad dużymi. W drugiej części odczytu referenci skreślili obecny stan poglądów na etyologię, patogenezę i leczenie białaczki. W końcu kol. Perłowski pokazał na ekranie szereg preparatów drobnowidowych z narządów zmarłego.

W dyskusyi a) kol. Biegański podnosi, że nazwa białaczki jest zapewne pojęciem klinicznem zbiorowem, w którem mieszczą się różne sprawy chorobowe. Dlatego też białaczkę wywołują najrozmaitsze przyczyny. Pomyślny wpływ naświetlania spostrzegano tylko w białaczce przewlekłej, ostra jest nieuleczalną. b) Kol. Edw. Kohn opisuje spostrzegany przez siebie przypadek białaczki przewlekłej, w którym naświetlanie przez dłuższy przeciąg czasu sprowadzało znaczną poprawę. c) Kol. Szaniawski mówi o pomyślnym wpływie benzolu.

II. Kol. Rozenfeld. **Metodyka badania ciśnienia krwi.** Pokaz sfigmomanometru Riva-Rocci i oscylometru Pachona. Po krótkich uwagach z dziedziny fizyologii i bliższem wyjaśnieniu pojęcia ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i ciśnienia tętna, referent podał ogólną charakterystykę metod sfigmomanometrycznych. Najdłużej zatrzymał się na t. zw. metodzie oscylacyjnej, która polega na badaniu drgań, zachodzących w uciśniętym przez mankiet odcinku tętnicy. Wreszcie na podstawie własnych badań porównawczych omówił wartość przyrządu Riva-Rocci i Pachona w określaniu ciśnienia skurczowego i rozkurczowego.

Z powodu spóźnionej pory dalszą część odczytu (o wartości badania ciśnienia krwi ze stanowiska klinicznego) odłożono na jedno z następnych posiedzeń. (Będzie drukowane).

III. Kol. N. Neufeldówna przyjętą została na członka rzeczywistego Towarzystwa.

Sekretarz: Rozenfeld.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie z dn. 18. X. 1912.

Obecnych 17 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Dehnel.

1) Kol. Puterman zawiadamia, że przypadek, przedstawiony przez kol. Dehnela na posiedzeniu w d. 13. VI., po szczegółowem zbadaniu okazał się przypadkiem **postępującego zaniku mięśni** (dystrophia musculorum progressiva Erba).

2) Kol. Czajkowski odczytał pracę swoją, drukowaną w »Nowinach lekarskich«: **O leczeniu swoistem gośćca oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia.** Dyskusyę nad tym odczytem postanowiono odłożyć do następnego posiedzenia.

3) Kol. Dehnel wypowiedział: **Kilka uwag o wrzodzie dwunastnicy.**

Sprawa wrzodu dwunastnicy jest na porządku dziennym w literaturze obcej; w naszej prawie żadnych wzmianek o niej niema. Rozgłos nadali jej chirurdzy amerykańscy i angielscy, którzy wcześniej od innych wrzody te operowali. Patogeneza ta sama, co i wrzodu żołądka. Główna przyczyna zaburzenia krążenia, zatory w tętnicach i t. p. Eiselsberg utrzymuje, że wrzody dwunastnicy częściej zjawiają się od czasu częstych laparotomii. Dane statystyczne: Bier w ciągu 2 lat miał 23 przypadki, z tych 17 u mężczyzn, 6 u kobiet, Körte 23 u mężczyzn, 2 u kobiet. Bracia Mayo z 10000 operacyi mieli 186 przypadków wrzodu dwunastnicy, Dietrich na 8534 operacyi z lat 1908—1911 miał 99 przypadków wrzodu żołądka, czyli 1,1%, 95 przyp. nadżerek żołądka, 35 wrzodów dwunastnicy, 2 nadżerek dwunastnicy. Rozpoznanie należy do bardzo trudnych. Przebieg skryty. Charakterystyczne objawy: Ból z prawej strony pod łukiem, występujący nie zawsze, niestrawność, ściskanie w dołku, także niestale występujące. Ból występuje zwykle w kilka godzin po jedzeniu, po spożyciu pokarmu ustępuje, t. zw. ból głodowy. Bóle najczęściej napadowe z przerwami po 6—8 tygodni. Nadkwaśność, niekiedy wymioty żółciowe. Prawie znamiennym (patognomonicznym) objawem są stolce krwawe z nieznaczną zawartością krwi. Radyografia w pewnych przypadkach daje możność rozpoznania. Jako powikłania zdarzają się: śmiertelne krwotoki, przedziurawienia i zwężenia następcze; zrakowacenie wrzodu bardzo rzadko. Z 2262 przypadków, zebranych przez Dieulafoy, było 181 przedziurawień, z tych 125 z zapaleniem otrzewnej. Co do leczenia, to w lekkich przypadkach wskazane są środki wewnętrzne i ile możności oszczędzanie żołądka, w ciężkich z silnymi bólami i możliwością powikłań — operacya, gastroenterostomia, aby wrzód pozostawić w spokoju; w razie krwotoku podwiązanie naczyń i t. p. Co do wyników jeszcze nic stanowczego powiedzieć nie możemy.

Następnie kol. D. opowiada przypadek z praktyki własnej. Dziewczyna 16-letnia. Objawy: bóle w nocy bardzo silne, usadowione w okolicy podżebrowej prawej, podczas napadu silna bladość. Zrana chora czuła się zupełnie dobrze. Ani wymiotów, ani krwi w stolcach nie było. W ciągu 2 tygodni napady bólów powtarzały się co wieczór. Kol. D. przypuszczał wrzód dwunastnicy. We Wrocławiu jednak, dokąd się chora udała, rozpoznano nadkwaśność żołądka, na co kol. D. zgodzić się nie może.

W dyskusyi a) kol. Bartkiewicz zwraca uwagę na ogromną trudność rozpoznania wrzodu dwunastnicy, a także na objaw »obrony mięśniowej« (resistence musculaire) ze strony prawego m. prostego. Co do etyologii, to trudno wytłómaczyć powstanie wrzodu zakrzepami; wrzody zdarzają się po odmrożeniach i oparzeniach. Operacyą wskazaną jest gastroenteroanastomoza. Wycięcie odźwiernika daje wyniki bardzo liche. b) Kol. Dehnel jest tego zdania, że »obrona mięśniowa« nie jest wcale znamienna, występuje zawsze przy podrażnieniu otrzewnej odpowiedniej okolicy. Co do etyologii, to odmrożenia do wrzodów nie wiodą, przy oparzeniach wrzody zdarzają się. c) Kol. Weinzieher jest tego zdania, że rozpoznanie wrzodu dwunastnicy przy zastosowaniu odpowiednich metod klinicznych nie przedstawia zbyt wielkich trudności; zwłaszcza badanie chemiczne kału co do składników krwi, odpowiednio przeprowadzone, przy innych znanych objawach klinicznych, daje wskazówki dosyć ścisłe. Co do przypadku, przytoczonego przez kol. D., to właśnie wszystkie dane, a szczególnie wiek chorej, przemawiają raczej za nadkwaśnością, niż za wrzodem dwunastnicy. d) Kol. Dehnel odpowiada, że nadkwaśność może być i przy wrzodzie dwunastnicy, tak samo, jak i przy wrzodzie żołądka, tembardziej, że wrzody dwunastnicy sadowią się bardzo blizko odźwiernika, i za granicę anatomiczną przyjmuje się żyłę odźwiernikową. e) Kol. Arnold na potwierdzenie ogromnej trudności rozpoznania wrzodu dwunastnicy opowiada przypadek, gdzie przed 2 laty dobrzy specyaliści rozpoznawali zwężenie dwunastnicy wskutek wrzodu i doradzali operacyę, której chory się jednak nie poddał, a zaczął jeść wszystko i od tego czasu stan jego poprawił się znacznie. f) Kol. Dehnel wypowiada argumenty, dowodzące możliwości ścisłego rozpoznania wrzodu dwunastnicy po dłuższem badaniu. g) Kol. Wołkowicz podziela również zdanie, że rozpoznanie wrzodu dwunastnicy jest nieraz bardzo trudne, na dowód czego przytacza przypadek

z własnej praktyki, gdzie rozpoznawano kamicę żółciową, następnie wrzód dwunastnicy, a w końcu można było przypuszczać zapalenie wyrostka robaczkowego. Co do leczenia zwraca kol. W. uwagę, że wrzody dwunastnicy nie mają takiej skłonności do gojenia się, jak wrzody żołądka, zdarzają się niebezpieczne krwotoki. Dyeta mleczna nie jest idealną, jaja, kaszki, biszkopty są wskazane.

Sekretarz: S. Weinzieher.

Towarzystwo lekarzy w Kielcach.

Sprawozdania z posiedzeń w r. 1911.

I. Ogólne roczne zebranie d. 21 stycznia 1911 r. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński. Obecnych 16 członków.

1) Po przeczytaniu protokółu ostatniego posiedzenia, kol. sekretarz odczytał sprawozdanie za 1910 r., kol. skarbnik odczytał sprawozdanie o stanie kasy i majątku Towarzystwa, kol. bibliotekarz zaś o stanie biblioteki.

2) Przystąpiono do wyborów prezesa i bibliotekarza. Na prezesa został wybrany kol. Czaplicki (ponownie), na bibliotekarza kol. Lewinson.

3) Kol. Kosieradzki odczytał referat: **Omówienie sposobów stosowania preparatu Ehrlicha i o nowym odczynie Wassermanna.**

II. Ogólne posiedzenie d. 18 lutego 1911 r. z powodu niedostatecznej liczby członków (5) nie odbyło się.

III. Ogólne posiedzenie d. 18 marca 1911 r. Przewodniczący kol. Czaplicki, sekretarz Kopczyński.

1) Kol. Szenk i kol. Piotr Jankowski przedstawili chorego z rozpoznaniem **przewlekłego zapalenia opon miękkich rdzenia.** N. N. lat 16, chory kilka miesięcy; choroba rozpoczęła się od silnej gorączki, bólów krzyża, wkrótce wystąpiły przykurczenia w kończynach dolnych, a potem i w lewej górnej. Chory utrzymuje, iż na kilka dni przed zachorowaniem był obity kijami za spełnioną kradzież. Stan obecny: W płucach daleko posunięta gruźlica; serce bez zmian fizycznych; tętno 90; chory wybitnie niedokrwisty, wyniszczony; na skórze klatki piersiowej po stronie lewej przeczulica dotykowa i bólowa, natomiast w okolicy lędźwiowej czucie dotyku znacznie obniżone. Odruchy kolanowe zniesione. Lewa ręka, mniej prawa, obie dolne kończyny w stanie przykurczenia ze znacznym zanikiem mięśni; czucie na kończynach zachowane; stolce i mocz oddaje chory prawidłowo, lecz w początkach cierpienia miewał parcie na stolec, a mocz oddawał bezwiednie. Na zasadzie ostrego początkowego obrazu choroby z bólami krzyża, zaburzeniami ze strony pęcherza i odbytnicy, a dalej przykurczeń w kończynach z zanikiem mięśni i odruchów przy zachowaniu czucia dotykowego i bólowego wyłączono: przewlekłe zapalenie rdzenia, porażenie dziecięce, sprawy nowotworowe rdzenia, a rozpoznano przewlekłe zapalenie opon rdzenia.

2) Kol. Piotr Jankowski przedstawił trzech chorych ze szpitala św. Aleksandra, którym wstrzykiwał **salwarsan** (»606«).

IV i V. Ogólne posiedzenia dn. 18 kwietnia i 26 maja 1913 r. z powodu niedostatecznej liczby członków (6) nie odbyły się.

VI. Ogólne posiedzenie d. 17 czerwca 1911 r. Obecnych 8 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Piotr Jankowski.

1) Kol. P. Jankowski przedstawia chorego, u którego po wstrzyknięciu **salwarsanu** wystąpił uporczywy szum w uszach.

2) Kol. Kowalski omawia nową metodę badania narządów jamy brzusznej **i oklepywanie wątroby i śledziony.**

VII. Ogólne posiedzenie d. 23 września. Obecnych 11 członków. Przewodniczy kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński.

1) Kol. Ryttel przedstawił kilka preparatów z przypadków, operowanych przez niego w szpitalu i przedstawił historyę chorób odnośnych przypadków. Pierwszy przypadek: **usunięcie z kiszki stolcowej ciała obcego,** mianowicie słoika porcelanowego, długości 13 ctm., szerokości 5 ctm.; usunięcie przedstawiało dużo trudności, ponieważ słoik ostrymi brzegami wbił się mocno w ścianę kiszki; przebieg po operacyi dobry. Drugi przypadek: usunięcie dużych rozmiarów **torbieli jajnika;** trzeci przypadek: usunięcie z górnej części biodra **mięsaka barwikowego** kolosalnych rozmiarów i czwarty przypadek: resekcya kilkunastu ctm. kiszki zgorzelinowej, wskutek uwięźnięcia jej (hernia).

2) Kol. Szenk odczytał referat: **O żółtaczce.**

3) Kol. Kopczyński przedstawił chorą z oddziału kobiecego szpitala św. Aleksandra. Chora, panna, lat 23, ma od roku wybitną żółtaczkę, która z bardzo lekkiemi wahaniami trwa do dnia dzisiejszego; oprócz żółtaczki chora ma stare owrzodzenie na lewej goleni, poza tem czuje się dobrze. Chorób żadnych nie przechodziła. Przy badaniu chorej oprócz wybitnej żółtaczki stwierdzono powiększenie granic serca w poprzecznym rozmiarze, szmery w sercu; dolny brzeg wątroby wyczuwalny; badanie moczu i krwi zmian żadnych nie wykryło; odczyn Wassermanna ujemny. Rozpoznano: **wadę serca i kamicę żółciową.**

W dyskusyi zabierali głos kol. P. Jankowski, kol. Szenk i kol. Kosieradzki. P. Jankowski twierdzi, iż według niego chora niema wcale żółtaczki i cała sprawa przedstawia się jako niedomoga sercowa; dodaje, iż, według niego, chora ma wyczuwalną śledzionę i prosi kol. Kosieradzkiego o szczegółowe zbadanie krwi. Dla kol. Kosieradzkiego cała sprawa przedstawia się niewyraźnie, jest on zdania, iż trzeba jeszcze zbadać krew, mając na uwadze białaczkę lub początek choroby Bantiego. Kol. Szenk jest zdania, iż zachodzi przewlekły nieżyt dróg żółciowych i wada serca.

VII. Ogólne posiedzenie d. 21 października 1911 r. Obecnych 7 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński

1) Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia, kol. Piotr Jankowski podaje wynik badania krwi chorej, przedstawionej na ostatniem posiedzeniu przez kol. Kopczyńskiego. Znaleziono: $2^1/_2$ miliona ciałek czerwonych krwi, 12 tysięcy ciałek białych, $50^0/_0$ hemoglobiny, zdarzają się czerwone ciałka z jądrami. Na zasadzie tych danych można stwierdzić tylko niedokrwistość. Białaczkę należy wyłączyć, tembardziej, iż śledziona w ostatnich dniach znacznie się zmniejszyła.

IX. Ogólne posiedzenie d. 18 listopada 1911 r. Obecnych 13 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki, sekretarz kol. Kopczyński.

1) Po przeczytaniu i podpisaniu protokołu ostatniego posiedzenia kol. przewodniczący przeczytał nadesłaną korespondencyę.

2) Kol. Kosieradzki wygłosił odczyt: **Arytmia tętna w świetle najnowszych badań.**

Dyskusyi nie było.

X. Ogólne posiedzenie d. 16 grudnia 1911 r. Obecnych 11 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński.

1) Po przeczytaniu i podpisaniu protokołu ostatniego posiedzenia, kol. przewodniczący odczytał nadesłaną korespondencyę.

2) Kol. Lewinson odczytał referat: **Związek między cierpieniami narządów płciowych kobiecych i wewnętrznych.** W dyskusyi kol. Kosieradzki zaznacza związek między padaczką a tyłozgięciem macicy, wskazuje na podnoszenie się ciepłoty przed miesiączką u chorych gruźliczych, zaznacza związek między cierpieniami jajników a cierpieniem n. trójdzielnego.

Sekretarz: A. Kopczyński.

Sprawa szpitala św. Ludwika w Krakowie.

Sprawa szpitala dziecięcego w Krakowie obchodzi żywo ogół lekarzy. Szpitali dziecięcych jest bowiem w Galicyi tylko dwa, łóżek dla dzieci, jak na tak wielki kraj, nieproporcyonalnie mało; zniknięcie jednego z tych dwu zakładów, jako instytucyi stanowiącej pewną całość, zaważyćby musiało niezmiernie ujemnie na wykształceniu lekarzy w zakresie pedyatrycznym. Trudno uwierzyć, aby w wieku XX, »wieku dziecka«, miała u nas sprawa ta, zamiast postępem, upamiętnić się cofnięciem wstecz. A wikła się ona do tego sprawą kliniki pedyatrycznej. Dotychczas klinika ta była pomieszczona w szpitalu św. Ludwika, a rząd opłacał pewną za to kwotę »Towarzystwu opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie«, które ten szpital utrzymuje. Otóż wobec wypowiedzenia dotychczasowej umowy ze strony Towarzystwa stanął rząd centralny w Wiedniu w ostatnich czasach — jak doniosła prasa codzienna — na tem stanowisku, że jeżeli Towarzystwo nie zawrze nowej umowy na korzystnych dla rządu warunkach, to klinika zostanie zamkniętą, a wykłady pedyatryi odbywać się będą na materyale ambulatoryjnym. Oczywiście po tem oświadczeniu rządu podjęte zostały ze stron do tego powołanych natychmiast usilne starania, aby rząd swe stanowisko zmienił i te starania muszą się powieść, jeżeli praktyczne wykształcenie pedyatryczne najbliższych naszych pokoleń lekarskich nie ma ucierpieć; niemniej jednak wszystko to wikła i utrudnia i tak już powikłaną i niełatwą, a naglącą sprawę szpitala dziecięcego w Krakowie.

Aby uzyskać jasny obraz sytuacyi, należy przedewszystkiem przypomnieć pokrótce działalność i plany na przyszłość krakowskiego »Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci«. Wyczerpujące o tem wiadomości zawiera wydane przed paru dniami, obszernie opracowane sprawozdanie Towarzystwa za r. 1912, istnienia Towarzystwa czterdziesty. Towarzystwo, liczące zaledwo 100 członków, utrzymuje dwie instytucye, mianowicie szpital św. Ludwika w Krakowie i kolonię leczniczą dla dzieci zołzowatych w Rabce. W szpitalu krakowskim leczono w r. 1912 1.431 dzieci przez 35.567 dni szpitalnych, ambulatoryjnie (w ambulatoryum klinicznem) 4.328. Z leczonych stale było na oddziale osesków 258, na oddziale chirurgicznym 545 (prócz tego operowano ambulatoryjnie 344), na oddziale chorób zakaźnych 329, reszta na oddziałach klinicznym i rezerwowym. W kolonii Rabczańskiej leczono w r. 1912 w dwu seryach w sezonie letnim 108 dzieci przez 5.340 dni; przynajmniej dwa razy tyle dzieci, koniecznie potrzebujących leczenia, nie mogło być do kolonii przyjętych dla braku miejsca i funduszów.

Otóż na tę kolonię w Rabce zamierza Towarzystwo w dalszej swej działalności położyć główny nacisk. W działalności w tym zakresie, należącym do ogólnego programu doniosłej sprawy walki z gruźlicą, jest Towarzystwo w warunkach obecnych pozostawione własnym tylko siłom, ponieważ niema u nas żadnej innej instytucyi ani władzy, na którejby w tym kierunku ciążył jakiś prawny lub ustawowy obowiązek. Natomiast obowiązek leczenia szpitalnego dzieci niezamożnych rodziców spada ustawowo na kraj na równi z obowiązkiem leczenia szpitalnego wszystkich innych niezamożnych chorych, Towarzystwa zaś opieki szpitalnej, utrzymując szpitale dziecięce, działały tylko zastępczo, wyręczały kraj w jego obowiązkach. Krakowskie Towarzystwo, wyręczając w ten sposób kraj przez lat czterdzieści, miało niewątpliwie prawo uznać to za dostateczne spełnienie swych zadań w tym względzie i usunąć się od dalszej tu pracy, by już wyłącznie poświęcić swe siły i środki kolonii Rabczańskiej. Kolonia ta zostałaby wówczas przekształcona na sanatoryum, czynne cały rok i stałaby się pierwszem w Polsce uzdrowiskiem przeciwgruźliczem dla dzieci, jakich w Niemczech i Francyi istnieją już dziesiątki. Ale, aby w ten sposób wkroczyć na nieutarte jeszcze u nas, a konieczne drogi, musi Towarzystwo starać się pomnożyć fundusze kolonii Rabczańskiej, dotychczas bardzo skromne (62.907 k.), co może osiągnąć jedynie przez wyzyskanie finansowe nieruchomości swej w Krakowie, budynków i gruntu szpitala św. Ludwika, przedstawiających obecnie znaczną wartość (ostatnie oszacowanie dochodziło 800.000 kor.). Ta droga jest jedyną dlatego, ponieważ oprócz tego nieruchomego i nieprocentującego się obecnie majątku ma Towarzystwo tylko niezmiernie mały własny fundusz, (po potrąceniu na specyalny cel przeznaczonego »funduszu rekonwalescentów«, wszystkie inne fundusze Towarzystwa niewiele przekraczają 12.000 kor.). Na leczenie chorych dzieci w szpitalu nie posiada Towarzystwo majątku (fundusze żelazne, należące do tego działu, wynoszą tylko 8000 kor., fundusz dyspozycyjny 14.000 kor., a długi hipoteczne na realności szpitalnej 48.000 kor.), a chorych w szpitalu utrzymuje Towarzystwo z opłat, uiszczanych za leczenie ubogich z funduszu krajowego i z wynagrodzenia za utrzymanie uniwersyteckiej kliniki pedyatrycznej, opłacanego przez rząd.

Opłaty te nie były dostateczne i nie pokrywały rzeczywistych kosztów leczenia. Pociągnęło to za sobą dopłaty ze strony Towarzystwa opieki szpitalnej, przekraczające jego siły i doprowadziło w konsekwencyi do obecnych stosunków, które według informacyi, udzielonych uprzejmie przez czcigodnego założyciela i obecnego kuratora szpitala św. Ludwika, profesora Dr Jakubowskiego, przedstawiają się, jak następuje:

»Wynagrodzenia, wypłacane przez kraj i rząd za leczenie chorych dzieci w szpitalu, w stosunku do przyjętych przez Towarzystwo zobowiązań niedostateczne, zmuszają Towarzystwo przy wzrastającej drożyźnie do wprowadzania oszczędności, łączących się ze szkodą dla chorych. Mimo tych oszczędności Towarzystwo popada w niedobory i zagraża mu ruina finansowa. Towarzystwo oprócz realności i budynków nie posiada własnych kapitałów, z którychby mogło pokrywać niedobory, a nie widzi się spowodowanem do zaciągania długów, aby pokrywać niedobory, wynikające z utrzymywania chorych, leczonych z funduszu krajowego i na klinice pedyatrycznej; ponosi też wielkie straty przez to, że z dochodów bieżących nie może dokonywać robót konserwacyjnych i adaptacyjnych w rozległych zabudowaniach szpitalnych, które wskutek tego niszczeją, tracą na wartości i pozostają przy szybkim postępie nowoczesnym w tyle w kierunku urządzeń higienicznych, sanitarnych i naukowych. Szpital w swoim czasie był zbudowany wzorowo na pomieszczenie 80 do 90 chorych, a wskutek przyjmowania z biegiem lat nowych zobowiązań liczba ich wzrosła do 146, co wiąże się z wielką szkodą dla chorych«.

»Z tych powodów Towarzystwo wypowiedziało Wydziałowi krajowemu umowy o leczenie dzieci jeszcze z dniem 31. grudnia 1908, lecz na usilne życzenie ówczesnego marszałka krajowego, ś. p. Stanisława hr. Badeniego, przedłużyło je na okres lat pięciu, t. j. do 31. grudnia 1913 r., w którym to czasie miał być zbudowany zakład ginekologiczno-położniczy i do niego przeniesione ze szpitala św. Ludwika chore oseski wraz z matkami i mamkami. Również w tymże czasie miał być zbudowany wspólnym kosztem kraju i gminy m. Krakowa szpital dla chorych zakaźnych, a wskutek tego zostałyby zwinięte w szpitalu św. Ludwika oddziały dla chorych na płonicę (łóżek 12) i błonicę (łóżek 12). Projekta te dotąd nie spełniły się«.

»Po wygaśnięciu umów postanowiło Towarzystwo utrzymywać (oprócz sanatoryum w Rabce) nadal własnym kosztem, w mniejszym pawilonie, mały szpitalik dla dzieci z chorobami przewlekłemi, przeważnie na tle zołzowem i gruźliczem, z liczbą 20—40 łóżek, w miarę o ile na to dozwolą fundusze, które spodziewa się Towarzystwo osiągnąć ze sprzedaży lub wydzierżawienia większego pawilonu szpitalnego, obecnie mieszczącego klinikę pedyatryczną i oddział chirurgiczny. O tem postanowieniu zawiadomiło Towarzystwo zarówno Wydział krajowy, jak i Ministerstwo oświecenia«.

»Wydział kraj. (odezwa z dnia 13. czerwca 1911 r. l. 66057) przyjął wypowiedzenie do wiadomości z oświadczeniem, iż nie zamierza przedłożyć Wysokiemu Sejmowi wniosku na odkupienie od Towarzystwa budynków szpitala św. Ludwika. W sprawozdaniu zaś Departamentu V. Wydziału kraj. za rok 1911 na str. 10 czytamy, iż zdaniem Wydziału kraj. »winno Towarzystwo szpital św. Ludwika z całym jego majątkiem oddać w inne ręce z obowiązkiem leczenia w tym szpitalu dzieci. Sprawą szczegółowego zbadania przeznaczenia funduszów krakowskiego Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci zajmuje się c. k. Namiestnictwo na prośbę Wydziału kraj., który po otrzymaniu wyniku badania wyciągnie zeń konsekwencye i wtenczas poweźmie decyzyę co do dalszego zapewnienia opieki szpitalnej chorym dzieciom«. O ile Towarzystwu opieki szpitalnej wiadomo, Namiestnictwo nie podziela zapatrywań Wydziału kraj., który mimo tego sprawę co do zapewnienia opieki szpitalnej dla dzieci po wygaśnięciu umów pozostawia w zawieszeniu«.

»Komitet Towarzystwa, nie chcąc, aby ważna ta sprawa rozstrzygana była doraźnie w ostatnich dniach przed ekspiracyą umów (jak to się działo w roku 1908) i aby chora dziatwa w Krakowie znalazła się po 1 stycznia 1914 bez szpitala, wypracował treściwy memoryał o stosunkach szpitala św. Ludwika i rozesłał go w pierwszych dniach listopada 1912 r. osobistościom wpływowym (m. i. JE. marszałkowi Sejmu kraj., prezydentowi m. Krakowa, burmistrzowi m. Podgórza, marszałkowi Rady powiatowej krak., posłom z miasta Krakowa i powiatu krakowskiego) z prośbą o wejrzenie w tę sprawę i wpłynięcie ewentualnie w drodze

interpelacyi sejmowej, aby Wydział krajowy w interesie chorych dzieci poczynił jak najrychlej stosowne zarządzenia dla odpowiedniego od 1. stycznia 1914 r. pomieszczenia licznych, a z każdym rokiem zwiększających się zastępów chorych dzieci z Krakowa, Podgórza i okolicy«.

»W sprawie kliniki pedyatrycznej po wypowiedzeniu umowy zawezwał Rząd Towarzystwo do złożenia oferty z podaniem warunków sprzedaży i wydzierżawienia większej realności szpitala św. Ludwika, w której obecnie mieści się klinika pedyatryczna, oddział chirurgiczny, mieszkanie Sióstr miłosierdzia i pawilon parterowy, służący na pomieszczenie kuchni, pralni itd. Żądaną ofertę złożono d. 24. stycznia 1912 r., a oferta ta z opinią Starostwa i Namiestnictwa wysłana została dnia 13. czerwca 1912 do Ministerstwa oświecenia, gdzie dotąd pozostaje«.

Zdaniem prof. Jakubowskiego mogłyby stosunki być uregulowane pomyślnie zarówno dla chorych dzieci, jak i dla celów naukowych (klinicznych), w sposób dwojaki.

»Mogłoby to popierwsze stać się wtedy, jeżeli rząd wydzierżawi od Towarzystwa na klinikę pedyatryczną większy pawilon szpitala św. Ludwika wraz z urządzeniem dla 50—60 chorych dziennie, ułoży się z Wydziałem krajowym co do uiszczania z funduszu krajowego opłat dziennych (Verpflegstaxen) za chore dzieci leczone na klinice pedyatrycznej w podobny sposób, jak to się dzieje na innych klinikach uniwersyteckich i jeżeli w ten sposób urządzona klinika pedyatryczna włączona zostanie do administracyi klinik uniwersyteckich. Przy tych zarządzeniach mogłoby znaleść w szpitalu św. Ludwika pomieszczenie na klinice pedyatrycznej od 50 do 60, a w pawilonie mniejszym na oddziale dla dzieci zołzowatych, utrzymywanym przez Towarzystwo opieki szpitalnej, od 20 do 40 dzieci, ogółem 70 do 100 dzieci, t. j. ta liczba, na jaką szpital zbudowany. Kwoty, wypłacane dotąd za leczenie dzieci przez kraj i rząd, dodając do nich na inwestycye i z powodu drożyzny około 25%, wystarczyłyby wtedy na utrzymanie i leczenie nietylko 50—60 chorych dzieci na klinice pedyatrycznej, ale i reszty dzieci, przeniesionych ze szpitala św. Ludwika na oddziały nowo zbudowane przez kraj dla osesków i dzieci zakaźnie chorych«.

Druga alternatywa korzystnego uregulowania stosunków szpitala mogłaby być według prof. Jakubowskiego następująca: »Rząd wynajmuje od Towarzystwa większy pawilon szpitalny, obejmując we własny zarząd dzisiejszą klinikę pedyatryczną i oddział osesków z mamkami. W wynajętym pawilonie pozostałoby jeszcze dość ubikacyi na laboratorya kliniczne i na kilka separatek dla chorych I. klasy. Wydział krajowy wynająłby pawilon mniejszy szpitala i urządził w nim (zanim zbudowany zostanie w Krakowie szpital dla chorób zakaźnych) na całym parterze oddział płoniczy z liczbą 30—40 łóżek, a na całem piętrze oddział dla błonicy z taką samą liczbą łóżek. Wreszcie Towarzystwo opieki szpitalnej z własnych funduszów i otrzymanych czynszów przystąpiłoby niezwłocznie do budowy nowego pawilonu na gruncie, leżącym w narożniku ul. Kopernika i Strzeleckiej, na dyspensatoryum dla dzieci zołzowatych i zagrożonych gruźlicą. W tymże pawilonie, w miarę funduszów, urządzonyby został oddział stały na 20— 40 łóżek dla dzieci z chorobami przewlekłemi, a przedewszystkiem do pielęgnowania i leczenia dzieci po przebytych operacyach stawów i kości«.

Oto stan, w jakim sprawa znajdowała się przed kilkunastu jeszcze dniami. W ostatnim czasie weszła ona w nowy okres, pozwalający na pomyślniejsze nadzieje, ale nie usuwający jeszcze całkowicie obaw, czy sprawa będzie jeszcze na czas (przed Nowym Rokiem 1914) rozwiązana.

Wskutek interpelacyi, wniesionej w Sejmie przez marszałka powiatu krakowskiego, posła Dr (med.) Skrzyńskiego w sprawie dalszego istnienia szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie, odbyła się, jak doniosły dzienniki, 3. IV. w Wydziale krajowym ankieta, w której wzięli udział marszałek krajowy, szef departamentu Dr Bernadzikowski i posłowie krakowscy Skrzyński, Zoll, Sare, Maryewski i Federowicz. Wynik ankiety przedstawiają dzienniki, jak następuje: »Po przedstawieniu opłakanych stosunków na polu leczenia dzieci w Krakowie i wyjaśnieniu okoliczności, iż wskutek zniesienia tego szpitala ów stan jeszcze bardziejby się pogorszył, marszałek i szef departamentu uznali te wywody za słuszne i przyrzekli jak najprzychylniej traktować postulaty, przez posłów przedstawione w czasie przejściowym, oraz poprzeć wniosek co do wybudowania większego nowoczesnego szpitala dla dzieci w Krakowie«.

Sprawy sanitarne w Sejmie 1913.

II.

Zestawienia ze szpitali za rok 1911.

Sprawozdanie swoje ogólne (omówione w poprzednich numerach »Przeglądu lek.«) uzupełnił Departament V. Wydziału krajowego wydanem przed paru dniami zestawieniem ruchu chorych w szpitalach, jakoteż zestawieniami budżetowemi za r. 1911.

Ogół wydatków w rubryce spraw sanitarnych wynosił w budżecie krajowym z r. 1911 kwotę 7,112.064 kor., prawie pół miliona koron więcej, niż preliminowano, ale o 75.948 kor. mniej, niż wydano w r. 1910. Po potrąceniu dochodów w tej rubryce wynosi jednak wydatek czysty 4,315.065 kor., to jest faktycznie o 527.454 kor. więcej, niż w r. 1910. Wśród wydatków naczelne miejsce zajmują oczywiście koszta leczenia (w szpitalach): 3.390.808 kor., potem wydatki krajowego szpitala we Lwowie: 1,186.867 (brutto; po potrąceniu dochodów tego szpitala wypada netto 701.564), zakładu w Kulparkowie: 1,053.899 (wydatki były m n i e j s z e od dochodów tego zakładu, wynoszących 1,068.383, tak, że netto pozostaje nadwyżka 14,484 k.), szpitala w Krakowie: 916.305 (netto t y l k o 355.957). Następnie idą wydatki na szczepienie ochronne krowianką 155.778 kor., raty pożyczki na budowę zakładu w Kobierzynie 150.485 kor., koszta lekarzy okręgowych 105.543. Oprócz rat za Kobierzyn nową rubryką jest koszt szkoły dozorczyń chorych we Lwowie (wikt uczennic) 18.092. Za utrzymanie podrzutków w kraju i (dodajmy: g ł ó w n i e) zagranicą zapłacił kraj 56.803 kor.; na zasiłki dla zakładów sanitarnych (subwencye dla szpitali prywatnych, sanatoryów przeciwgruźliczych i. t. p.) wydano 57.040 k., na leki podczas epidemii 12.333 kor., stypendya dla lekarzy na podróże naukowe 6001 kor., koszta szczepień przeciw wodowstrętowi 2,110 kor. O znacznej stosunkowo kwocie, wydawanej na podrzutki, należałoby tu powtórzyć tesame uwagi, co w latach poprzednich; z ogólnej kwoty 56.803 przypada nie mniej niż 49.886 kor. na koszta, zapłacone za podrzutki w Wiedniu!

Wydatki na zakłady szpitalne zestawiono w sprawozdaniu jeszcze w drugi sposób, obliczając mianowicie, że wszystkie one kosztowały 4,710.019 kor., z czego na oba szpitale krajowe wraz z klinikami wypada 1,322,315, na szpitale prowincyonalne 1.937.668, zakłady obłąkanych 1,026,060, zakłady położnicze 271.165, szpitale dziecięce 152.774.

We wszystkich zakładach razem leczono dziennie średnio 6.977 osób, gdy łóżek etatowych było tylko 6.419. Tak wyraźnie nie wystąpiło przepełnienie zakładów szpitalnych w kraju, o ile pamiętam, w ogólnem zestawieniu, jeszcze nigdy. Znacznie oczywiście jaskrawiej występuje ono w poszczególnych zakładach. I tak np. było w r. 1911:

W zakładzie obłąkanych w Kulparkowie łóżek 1111, chorych 1660!
» » w Krakowie » 115, » 148!
w szpitalu krakowskim (bez klinik) » 506, » 514,

gdy we Lwowie stosunek ten wynosił 692:581, co jest dostatecznym dowodem, jak nierówno były zdawna traktowane oba największe szpitale w kraju pod względem rozszerzania stosownie do potrzeb.

Równie znaczne przepełnienie było w większości szpitali prowincyonalnych, gdzie (z niewielu wyjątkami) w n a j l e p s z y m razie ś r e d n i a dzienna liczba chorych równała się, albo nieznacznie przekraczała etatową liczbę łóżek. W kilkunastu szpitalach jednakże ś r e d n i e przepełnienie wynosiło 50%, 60%, a nawet prawie do 100%! Naczelne miejsce zajmują tu

Zaleszczyki z liczbą łóżek 60, a średnią dzienną 109 chorych (!), dalej idą:

Drohobycz	120	169
Kołomyja	100	128
Podhajce	85	100
Stanisławów	120	190
Stryj	99	130

Uderzającą jest rzeczą, że najwięcej cierpią na przepełnienie szpitale średniej wielkości, z których nawet nowsze (Jarosław 110:120, Przemyśl 200:215 i t. p.) są już przepełnione; najwyraźniejszy dowód słuszności zarzutu, że szpitale nowe odrazu projektowano za małe. Ze szpitali tego typu zaledwo Husiatyn (114:109), Sambor (120:101), Sokal (104:96), Złoczów (100:89), Żywiec (110:98) miały stosunki znośniejsze. Z mniejszych szpitali straszny jest stosunek w Tarnobrzegu: 30:51, Turce 52:74, Wadowicach 41:67 (Turka i Tarnobrzeg należą do nowszych szpitali).

Przepełnienie, wzrastające w sposób zastraszający, tłomaczy się faktem, że w r. 1911 było dni leczenia 2,546.696, t. j. znowu o 66.289 więcej, niż w r. 1910. W roku zeszłym rozpatrywałem już tę sprawę dokładniej i zbyteczna powtarzać tu znowu o zbyt powolnem przybywaniu szpitali, nie dotrzymującem kroku nawet naturalnemu przyrostowi ludności.

Dzienny koszt leczenia jednego chorego wynosił średnio dla wszystkich zakładów 1·84 kor., w szczególności w zakładach położniczych 3·73 k, w szpitalach krajowych wraz z klinikami 2·85 kor., w szpitalach dla dzieci 1·93 kor., w zakładach obłąkanych 1·55, w szpitalach prowincyonalnych 1·52 kor. Samo żywienie kosztowało w zakładach położniczych 87 h., w szpitalach stołecznych z klinikami 72 h., w zakładach obłąkanych 59 h., w szpitalach prowincyonalnych 49 hal. na głowę i dobę (w porównaniu z dwoma latami poprzedniemi wzrósł wydatek na żywienie w szpitalach prowincyonalnych o cztery halerze na dobę i głowę; nie odpowiada to nawet stopniowi podrożenia artykułów żywności, jakie w tych latach nastąpiło).

III.

Sprawozdanie Inspektoratu szpitali za r. 1911 1912.

Pomimo zredukowania sprawozdań ze szpitali (obejmujących dawniej obok lekarskich sprawozdań z ruchu chorych i działalności każdego szpitala także część naukową, czego dotąd mimo wielokrotnego upominania się sejmowej Komisyi sanitarnej nie przywrócono) do samej tylko relacyi Inspektoratu szpitalnego, pozostały one jedną z najciekawszych publikacyi sejmowych w zakresie sanitarnym. Bądźcobądź bowiem pozwalają one przypatrzyć się nieco bliżej brakom, potrzebom i gospodarce lekarskiej w poszczególnych zakładach, a wreszcie można na ich zasadzie wytworzyć sobie i nakreślić obraz ogólny. Obraz taki byłby z pewnością wierniejszy i ściślejszy, gdyby samo sprawozdanie zawierało na końcu zestawienie generalne, którego brak uważam za dotkliwy, a któreby dawało gotowy już zrąb dla sprawozdań sejmowej Komisyi sanitarnej i podstawę do gruntowniejszego rozpatrzenia rzeczy w prasie fachowej, niż to jest możebne obecnie.

Próbę takiego generalnego zestawienia podjąłem dwukrotnie, raz w r. 1907, a potem za dalsze pięciolecie w r. 1912, nawiązując do tego uwagi o nasuwających się na tej podstawie postulatach. Ponieważ od roku zeszłego nie zaszły zmiany zasadnicze i postulaty, dotyczące szpitalnictwa, biorąc ogólnie, również się nie zmieniły, przeto nie mam zamiaru tym razem podawać takiego ogólnego przeglądu i ograniczę się tylko do streszczenia ciekawszych szczegółów relacyi Inspektoratu w tym porządku, jak się one w niej znajdują, to jest naprzód o szpitalach stołecznych, a potem o szpitalach prowincyonalnych w alfabetycznej kolei.

O szpitalu lwowskim dowiadujemy się z tabeli ruchu chorych za r. 1910 i 1911, że z oddziałów jego prócz jedynego położniczego (tak szpitalnego, jak i klinicznego) żaden nie był przepełniony, że średnio biorąc miały wszystkie pewną rezerwę wolnych łóżek. Tylko oddział położniczy miał w r. 1911 średnio 46 chorych na 42 łóżkach, a klinika ginekologiczna 29 chorych na 25 łóżkach. Ale i to przepełnienie jest tylko pozorne, ponieważ równocześnie oddział ginekologiczny i klinika położnicza miały stosunek chorych do łóżek: 26:31 i 46:53, a ponieważ w obu tych instytucyach (oddziale szpitalnym i klinice) są położnictwo i ginekologia integralnie związane, więc przepełnienie istniało właściwie tylko pozornie. Mimo tych względnie nienajgorszych stosunków zwraca Inspektorat (i słusznie) uwagę na konieczność powiększenia liczby łóżek w szpitalu lwowskim i związaną z tem potrzebę dokupienia terenów. Drugim postulatem jest kreowanie oddziału oto-laryngologicznego, urologicznego, mechano- i hydroterapeutycznego. Jako aktualne podnosi Inspektorat: potrzebę rekonstrukcyi pawilonu położniczego i zaadaptowania oddziału zakaźnego w szpitalu dziecięcym na oddział dla osesków (obie te sprawy objął już w swych wnioskach do Sejmu Wydział krajowy). Dalej podnosi Inspektorat konieczność poprawy płac lekarzy szpitala i przydzielenia lekarzom pomocniczym mieszkań w szpitalu. Na podkreślenie zasługuje wydatna działalność naukowa personalu lekarskiego, który u. r. ogłosił 14 prac naukowych i 56 wykładów. Zarazem zapowiada Inspektorat opracowanie schematu do naukowej statystyki szpitalnej, »która corocznie będzie publikowana; temsamem zapoczątkuje się publikacyę dorocznych sprawozdań naukowych poszczególnych szpitali« — zapowiedź, którą z radością trzeba powitać.

Znajdujemy tu dalej wiadomość, że z 28 Sióstr Miłosierdzia, pracujących na oddziałach, 10 ukończyło zawodowy kurs pielęgnowania chorych i że na pięciu takich półrocznych kursach wykształcono w szpitalu lwowskim dotychczas 125 Sióstr zakonnych, oraz 8 uczennic świeckich. Etat służby niższej jest w szpitalu lwowskim niedostateczny i wymaga powiększenia, konieczne są mieszkania dla służby (przeważnie dotąd mieszczącej się na salach chorych) i poprawa jej żywienia (mięsna wieczerza).

Wspominając z zakresu administracyjnego o aprowizacyi szpitala w mięso i wędliny we własnym zarządzie, podkreśla Inspektorat konieczność polepszenia kuchni i w tym celu urządzenia kursu gospodarskiego dla SS. Miłosierdzia (zgodnie z podniesionym w r. z. w »Przeglądzie lek.« postulatem).

Liczb dokładnych o ruchu chorych na poszczególnych oddziałach szpitala krakowskiego ze względu na przepełnienie niema potrzeby tu przytaczać, skoro wogóle w szpitalu tym na 506 łóżkach, bez oddziału umysłowo chorych, było w r. 1911 średnio dziennie 514 chorych, a z oddziałem tym, szkołą położnych i klinikami stosunek ten wynosił nawet 776 : 807·5! Najgorzej przepełnione są oddziały: zakaźny (28:35·9), chirurgiczny (106:131·6), oczny (20:27·5), położniczy (30:58·5!, a więc prawie o 100%), psychiatryczny (115:147·2) i laryngologiczny (20:31·1). Ohyda takich stosunków znajduje należyty wyraz w wyrażeniu się Inspektoratu, że »obecny stan zakładu urąga nietylko wszelkim zasadom sanitarnym, lecz nawet pojęciu ludzkości« i że »wprost dziwić się można, że chorzy pomimo tak złych warunków oddają się opiece szpitala krakowskiego«. Jako objęte planem inwestycyi (po rekonstrukcyi pawilonów chorób wewnętrznych, kuchni i pralni) podaje Inspektorat roboty następujące: »budowa zakładu położniczo-ginekologicznego, pomieszczenie oddziału chorób skórnych i wenerycznych, oraz oddziału ocznego, izby przyjęć i kancelaryi zarządu, jak również pomieszczenie dyrektora i lekarzy pomocniczych, budowa oddziału dla dzieci..., budowa pawilonów dla zakaźnie chorych, wreszcie budowa domu przedpogrzebowego« dodając, że roboty te »równocześnie z rozpoczęciem już uchwalonych robót winny być przygotowywane«, a więc widocznie jeszcze nie są przygotowywane. O ile program ten wyczerpuje nasuwające się postulaty, rozpatrywałem niedawno w osobnym artykule. Urządzenie szpitala (sprzęty) jest prócz oddziału chirurgicznego, jak stwierdza Inspektorat, »bardzo liche i dostraja się w zupełności do nędznego pomieszczenia oddziałów«. Podnosząc ruch naukowy, publikacyę poważnej ilości prac naukowych i niedawno zorganizowane naukowe posiedzenia lekarzy szpitalnych, nie podaje jednak Inspektorat dokładniejszych cyfr. Co do SS. Miłosierdzia, zauważa Inspektorat »małą ich dbałość o należyty ład i porządek na oddziałach, tak, że szpital krakowski pod tym względem niekorzystnie się wyróżnia od reszty krajowych lecznic«, oraz »brak zrozumienia i żywszego zainteresowania się sprawami danego oddziału«. Szkoda, że Inspektorat nie podaje, ile też Sióstr ze szpitala krakowskiego przeszło kursa fachowe we Lwowie, skoro dotąd niema osobnych kursów w Krakowie, (chociaż, jak mi się zdaje, powinny one były i tu być założone). O służbie niższej powtarza Inspektorat tosamo, co i o lwowskiej: zmienia się ona bardzo często, niema stosownych mieszkań i jest niedostatecznie żywiona (z winy obowiązującej normy żywienia); również takiesame, jak co do Lwowa, znajdujemy uwagi o prowadzeniu kuchni szpitalnej: kierujące nią Siostry zakonne nie są do tego dostatecznie przygotowane.

Niczem jednak są stosunki w obu szpitalach krajowych, nawet w krakowskim, wobec stosunków w Zakładzie kulparkowskim, wywołanych przepełnieniem. Przed kilku laty zakład ten po rozszerzeniu doszedł do ogromnej liczby 1111 łóżek etatowych; ale na tych 1111 łóżkach mieściło się średnio dziennie w ostatniem pięcioleciu: 1252, 1378, 1422, 1552, a w końcu w r. 1912 — 1660 chorych, czasami nawet, jak podaje Inspektorat, ponad 1800 (!) chorych. Przybytek nowych chorych w r. 1911 wynosił 1736, t. j. w stosunku do pozostałych w zakładzie z roku poprzedniego 109%! Wśród tego było umysłowo chorych zbrodniarzy 179; nic dziwnego, że gdy stanowią oni 10% wszystkich chorych, zdarzają się tak często zamachy na zdrowie i życie lekarzy i służby. W r. 1912 były dwa groźne zamachy na lekarzy, personal pielęgniarski odniósł 54 uszkodzeń przez chorych. Słusznie też Inspektorat domaga się energicznie wywarcia nacisku na rząd, aby zbudował w Galicyi państwowy zakład dla obłąkanych zbrodniarzy.

Z pilnych postulatów Kulparkowa wymienia Inspektorat budowę mieszkań dla lekarzy (dwóch już obecnie musi mieszkać poza obrębem zakładu), dla żonatej służby oddziałowej, domu

dla zarządu, domu zabaw dla chorych, a z drobniejszych wprowadzenie urządzeń do długotrwałych kąpieli i klozetów spłukiwanych (w Kulparkowie dotąd utrzymuje się »system kubłów« na salach chorych!), oraz usunięcie braku bielizny.

Pomimo trudnych warunków pracy powstał w Kulparkowie w latach ostatnich żywy ruch naukowy, a nawet pracownia psychologiczna. Zasługuje to rzeczywiście na wielkie uznanie, które też i Inspektorat wyraża. Ale dotąd nie znalazł się chętny kandydat na kierownika innych pracowni naukowych (pomimo pobliża Lwowa, gdzie nie brak chyba sił ukwalifikowanych). Z personalu pomocniczego 30 Sióstr Miłosierdzia przeszło kurs pielęgnowania chorych, prowadzony przez Dyrektora zakładu; kursa dla służby oddziałowej »nie wydały spodziewanego wyniku z powodu nizkiej inteligencyi służby«, wskutek czego program tych kursów musi uledz uproszczeniu. Endemia czerwonki, grasująca w zakładzie, nie wygasła jeszcze (w r. 1911 było 258 przypadków z 35% śmiertelności), ale dzięki usilnym staraniom wyraźnie się zmniejsza.

Przechodząc do szpitali prowincyonalnych, odnosi się wrażenie może nieco zbyt schematycznego traktowania poszczególnych zakładów w tegorocznem sprawozdaniu Inspektoratu. Z kilku ostatnich sprawozdań zdawało się, że stopniowo coraz pełniej i wyraziściej charakteryzowana w nich będzie działalność szpitali, zwłaszcza, że wobec dokonanych już w wielu szpitalach rekonstrukcyi i przebudów, uzupełnienia inwentarza i t. d. stan budynków i urządzeń znalazł się przeważnie na odpowiednim poziomie i przez to w sprawozdaniach mniej już wymaga uwzględnienia. Otóż przedstawienie pracy w szpitalach, to jest właściwej treści szpitalnictwa, nie przeważa jeszcze w tegorocznem sprawozdaniu nad obrazem jego ram zewnętrznych; zdawałoby się, że jednak przyszedł już czas na to lub wkrótce nadejdzie, i stąd nadzieja, że przyszłe sprawozdania rozwiną się w tym kierunku.

Chybiałoby celu wyliczać tu kolejno za sprawozdaniem Inspektoratu wszystkie szpitale i zapisywać uwagi o drobniejszych usterkach, jakie w nowych nawet szpitalach z biegiem lat muszą powstawać. Co się zaś tyczy większych braków, to jest szpitali starych, wymagających nowych budynków albo znaczniejszej przebudowy, to już ze streszczenia ogólnego sprawozdania Departamentu V wynika, że o zaradzeniu złemu w 6 szpitalach, należących do najgorszych, już Wydział krajowy pomyślał i wnioski Sejmowi w tym względzie przedstawił (są to: Podhajce, Przemyślany, Drohobycz, Bochnia, Jasło, Stanisławów). Obecnie byłaby kolej na następujących 6 szpitali, które w świetle sprawozdania Inspektoratu przedstawiają się jako najgorsze: Brody, Rzeszów, Sambor, Wadowice, Żywiec, Żółkiew, poczem idą jeszcze: Tarnopol, Lubaczów, Tarnobrzeg (nowy, ale za tanio budowany i znacznie za mały szpital). Inne zakłady są dziś w stanie mniej więcej odpowiednim; wymienione tu i owdzie braki dotyczą przeważnie wadliwych lub niedostatecznych urządzeń mechanicznych, niedpowiednich łazienek, braku wody. Daleko ujemniej przedstawia się urządzenie wewnętrzne; o wielu, nawet najnowszych szpitalach, wspomina Inspektorat, jako o potrzebujących koniecznie nowych sprzętów. Niestety niemal równie często czyta się w sprawozdaniu, że to lub owo z drobniejszych inwestycyi w pewnym szpitalu musiano odłożyć do lepszych czasów, bo szpital niema dostatecznych funduszów. Na to jednak niema rady. Przykrzejszy natomiast, bo należący do dających się usunąć, jest inny brak, o którym Inspektorat wspomina w kilku miejscach, m. i. co do szpitali w Samborze i Tarnopolu. Mianowicie jestto brak dostatecznej liczby sił w biurach technicznych Wydziału krajowego, które są tak przeciążone pracą, że nawet — bardzo pilnych — planów i kosztorysów rekonstrukcyi dla tych szpitali nie wypracowały. Jeżeli istotnie ogólne biuro techniczne Wydziału kraj. nie jest dość liczne i sprawne, toć powinnoby być zwiększone, albo, coby może było jeszcze lepiej, powinienby Departament V otrzymać osobne biuro budowlane.

O ile ze sprawozdania można osądzić, zaznacza się w działalności personalu szpitalnego na prowincyi coraz większy postęp. Wzmianka o publikacyach naukowych, o udziale w pracach Towarzystw lekarskich prowincyonalnych (Oddziałów Towarzystwa lek. galic.), o używaniu pracowni szpitalnej, o domaganiu się takiej pracowni, mikroskopu, termostatu, aparatu Röntgena przez lekarzy szpitalnych — nie jest już taką »rara avis«, jak dawniej, choć jeszcze nie tak częstą, jak być powinno; naodwrót wytykanie »słabego ruchu operacyjnego«, uprawiania »przeważnie małej chirurgii« i t. p. znacznie w sprawozdaniu zmalało. W szpitalach większych dowiadujemy się o racyonalnym podziale pracy. Mankamentem jest częsty brak kandydatów na posady sekundaryuszy, w czem nie znać poprawy. O tem, jak się sprawiają Siostry zakonne (oddziałowe), zawiera tegoroczne sprawozdanie nieproporcyonalnie mało wiadomości, choć właśnie po paroletniej pracy kursów lwowskich, byłoby niezmiernie interesującem dowiedzieć się, jak też te kursa podziałały na prowincyę? O służbie niższej czytamy wiadomości przeważnie niepomyślne: materyał zdaje się być coraz gorszy, zmienia się często, brak nawet liczby etatowej, bo niema kandydatów. Inspektorat domaga się w wielu szpitalach poprawy płac służby, widząc w tem środek zaradczy. Wreszcie zasługuje na uwagę, że pożywienie chorych zdaje się być obecnie co do jakości prawie wszędzie lepsze, niż dawniej; natomiast w bardzo wielu szpitalach skarżą się chorzy na niedostateczną ilość, i tam, podkreślając niedostateczność obowiązującej normy żywienia, proponuje Inspektorat wprowadzenie podwieczorków.

Streszczając życzenia, nasuwające się co do sprawozdań Inspektoratu, w postulacie wzbogacenia tej części relacyi o poszczególnych szpitalach, która odzwierciedla ich działalność, i zestawiania na końcu sprawozdań generalnego przeglądu całego szpitalnictwa, z rzetelną przyjemnością podnieść muszę jedną zaletę sprawozdań, zaznaczającą się na każdym niemal kroku, mianowicie widoczne z nich szczere staranie Inspektoratu o dobro nadzorowanych przezeń instytucyi i gorące przejęcie się sprawą ich postępu.

Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 16. IV. b. r. posiedzenie, na którem uchwalono rezolucyę w sprawie kliniki i szpitala dziecięcego, a prof. Lewkowicz wygłosił wykład: O zaburzeniach odżywiania u niemowląt.

— W gminie Krynica-Zdrój jest do obsadzenia posada lekarza gminnego.

— Doc. Dr Józef Markowski mianowany został profesorem anatomii we Lwowie.

— Sprawozdanie za rok 1912 »Towarzystwa ku wspieraniu ubogiej chorej uczącej się młodzieży żydowskiej galicyjskich szkół średnich i wyższych« pod nazwą »Nadzieja« w Krakowie wymaga nieco obszerniejszej, niż w poprzednich latach, wzmianki. Rok bowiem 1912 (siódmy istnienia Towarzystwa) nazywa sprawozdanie słusznie przełomowym, podnosząc, że »nadzieje złączenia całego żydowstwa galicyjskiego w walce z gruźlicą coraz bardziej się urzeczywistniają«. Usilnym zabiegom Towarzystwa »Nadzieja« powiodło się mianowicie doprowadzić do porozumienia i wspólnej akcyi z podobnem lwowskiem Towarzystwem »Zdrowie«, a bezpośrednim tego wynikiem jest zwiększenie liczby chorych, leczonych w przeciwgruźliczem sanatoryum Towarzystwa w Szczawnicy, z 15 odrazu na 56, to jest w czwórnasób. Stosownie do zwiększonych potrzeb przebudowano też przed sezonem gruntownie dom Towarzystwa w Szczawnicy, dodając w nim piętro, tak, że obecnie zawiera on 10 obszernych sal dla chorych z leżalniami, nową dużą wspólną jadalnię i kuchnię, osobno zaś mieści się pralnia i mieszkanie służby. Zakładem ca-

łym kierował niestrudzony jego od początku opiekun, Dr Hammerschlag, który też pomieścił w sprawozdaniu zestawienia lekarskie. Dowiadujemy się z nich, że chorzy leczyli się w 2 seryach i przebyli wogóle 2311 dni, jeden średnio po 41·3 dni w zakładzie (okres ten wydaje się nam stanowczo za krótki). Chorych dzieli sprawozdanie na 5 kategoryi: okres rozpadu (2), sprawa daleko posunięta (2), naciek w szczytach obu (9) i jednym (32), okres początkowy (11). (Powszechnie przyjęty podział według Turbana byłby praktyczniejszy i dawałby jaśniejszy obraz osiągniętych wyników leczenia). Uzyskano poprawę bezwzględną u 28, względnie u 26 chorych; u 1 chorego stan się nie zmienił, u 1 pogorszenie. Utrzymanie zakładu kosztowało 4489·99 K., dochody Towarzystwa (liczącego 13 grup miejscowych) wynosiły 8150·61 K., fundusz żelazny doszedł 1460 K., fundusz budowy domu 6031·09 K. Pomyślny rozwój Towarzystwa jest zasługą głównie prezesa, Dr Jana Landaua sen. i sekretarza Dr Ch. Hilfsteina.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. III. do 12. IV. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 2 (obcych 4 † 2), krztuśca 2, ospy wietrznej 10, płonicy 35 † 2 (6 † 6), odry 4 (2), duru brzusznego 2 † — (2 † —), czerwonki — † — (— † —), kuru 2, róży — † 1, tężca 1 † 1, nagm. zapalenia ślinianek 4.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego d. 10. kwietnia 1913 przedstawiono m. i. następujące komunikaty: 1) St. Poniatowski: »Badania antropologiczne nad kością skokową«. 2) R. Tylplówna: »Krzywizna łuku środkowo-strzałowego czaszki jako cecha rasowa«.

— »Medycyna i Kronika lekarska« jak również »Gazeta lekarska« rozpoczęły zamieszczać sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa polskiego.

— W Częstochowie uchwalono na zebraniu Rady miejskiej i Rady opiekuńczej powiatowej na 4-morgowym placu miejskim koło Jasnej Góry zbudować szpital na 120 łóżek kosztem 320.000 rb. W szpitalu będzie osobny oddział dla obłąkanych.

— Towarzystwo lekarskie w Częstochowie zamierza z inicyatywy Dr Rozenfelda utworzyć Sekcyę przeciwgruźliczą.

— Towarzystwo lekarskie w Kielcach wybrało prezesem Dr Daszewskiego, wiceprezesem Dr Kosieradzkiego, skarbnikiem (ponownie) Dr Jedlickiego, sekretarzem (ponownie) Dr A. Kopczyńskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 31. III. do 14. IV. 1913 przypadków: ospy 6 † —, płonicy 3 † 1, duru wysypkowego 1, róży —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Towarzystwo lekarskie wiedeńskie (k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, IX/3 Frankgasse 8) ogłasza konkurs fundacyi Dr Maurycego Goldbergera z nagrodą 2000 kor. na najlepszą pracę na temat: »Powstawanie i leczenie bezmoczu odruchowego«. O nagrodę ubiegać się mogą tylko lekarze z Austryi i Niemiec, praca ma być zredagowana po niemiecku. Termin do 15. maja 1915.

— O bardzo korzystnym wyniku szczepienia ochronnego przeciw płonicy szczepionką Gabritschewskyego donosi Kogan (Prakt. Wracz 1912 Nr 24). Podczas epidemii płonicy w Sebastopolu zaszczepił on 62 dziewcząt pewnego schroniska. Przez trzy lata ani jedna nie zapadła na płonicę. Gdy potem wybuchła w mieście epidemia, w schronisku zapadło 8 nowo przyjętych na płonicę, a ze szczepionych tylko dwie. X.

Mianowania: pedyatra prof. Nöggerath z Berlina profesorem w Fryburgu, patolog prof. Lubarsch z Düsseldorfu profesorem w Kiel, internista prof. R. Schmidt profesorem w Pradze (wydz. niemiecki).

Zmarli: Dr Maryan Rafałowski w Czerniowcach na Podolu, zginął, jako ofiara zawodu, z duru plamistego; Dr Witold Zacharewicz w 33 r. ż. w Zakopanem; Dr Tadeusz Uranowicz, lekarz miejski w Brzeżanach, w 67 r. ż.

Redakcya otrzymała: Türschmid: Lewostronne wysokie ułożenie kiszki ślepej z niezwykłym przebiegiem wyrostka robaczkowego. Odb. (Nowiny lek. 1913). — Wrzosek: 1) W pięćdziesiątą rocznicę założenia szkoły głównej. Kraków, 1912. 2) O zadaniach prac doświadczalnych nad nowotworami złośliwymi. (Nowiny lek. 1913). — Serkowski i Kraszewski: Zastosowanie refraktometru do badań chemiczno-fizyologicznych. (Gazeta lek. 1912). — Serkowski i Wiśniewski: O bodźcach zakaźnych łuszczycy. (Nowiny lek. 1912). — St. Klein: O wpływie leczniczym benzolu na sprawy białaczkowe. (Gazeta lek. 1913). — Cybulski: Elektryczność zwierzęca, jej źródła, przejawy i znaczenie (Gazeta lek. 1913). — Bełkowski: Krwiomocz przy podawaniu urotropiny w tyfusie brzusznym (Gazeta lek. 1913).

Bibliografia.

Paris medical, ruchliwy tygodnik, wydawany pod naczelnem kierownictwem prof. Gilberta przez księgarnię J. B. Baillière & fils w Paryżu (19 rue Hautefeuille) poświęcił obszerny swój zeszyt z 5. IV. 1913 wyłącznie chorobom przemiany materyi, zamieszczając w tym zakresie następujące rozprawy oryginalne: Les maladies de la nutrition en 1913, (Linossier). — Compréhension actuelle de l'arthritisme (A. Poncet et Leriche). — L'insuffisance glycolytique, (prof. Achard). — L'emploi des hydrates de carbone dans le traitement diététique du diabète sucré, (Blum).— De l'influence de l'alimentation causée sur la glycosurie chez les sujets atteints de diabète simple, (Rathery et Liénard). — Obesité et hydratation de l'organisme, (Marcel Labbée). — Les traitements locaux des arthropathies goutteuses, (Legendre).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 23. kwietnia 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Blassberg: O fosfaturyi.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pinosol. (Osterr. Aerzte Ztg. 1913, Nr 3). Doc. Dr R. Polband. Przetwór, wyrabiany prze firmę Hell & Co., zastępuje ol. rusci. Objawy uboczne bardzo nieznaczne, przytem brak zapachu. Pędzlowanie pinosolem a następnie pastę stosowano w wypryskach nawet nieco sączących, z dobrym wynikiem. Swędzenie ustępowało. Także przy prurigo, suchym wyprysku, lichen urticatus i jako leczenie dodatkowe po scabies oddaje pinosol dobre usługi. Maść pinosolowa okazuje się skuteczną przy chorobach grzybkowych n. p. pityriasis versicolor, p. rosea, erythrasma, herpes tonsurans, eczema marginatum i t. d. Przy psoriasis stosowano maść chrysarobinową poprawioną pinosolem, przyczem stwierdzono szybkie działanie. Stosowano tu w przypadkach początkowych także kąpiel pinosolową. Seborrhoe leczono mydłem pinosolowem. Płynne mydło pinosolowe nadaje skórze miękkość i gładkość.

Kierownictwo zakładu leczniczego w Topolschitz (podniowa Styrya) objął b. as. Prof. Düringa, Dr Victor Hecht z Wiednia. Dr H. był operatorem u R. Dw. Prof. Eiselsberga, as. Prof. Albrechta, aspir. klin. R. Dw. Ortnera. Prowadzić będzie leczenie spos. Lahmanna.

Rok LII. Kraków, dnia 26. kwietnia 1913. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę paratyfusu (duru wrzekomego) i duru mandżurskiego,

przez

H. Fidlera (Radom) [1]).

Ramy niniejszego artykułu muszę rozszerzyć ze względu na to, iż znajomość spraw, wymienionych w nagłówku, jest mało rozpowszechniona wśród naszych lekarzy. O durze mandżurskim nie posiadamy w polskiem piśmiennictwie ani jednej pracy, zaś o paratyfusach od r. 1899, t. j. od chwili pojawienia się pierwszych o nich wiadomości, zaledwie 3: 1) referatową Rozentala, drukowaną w »Czasopiśmie lekarskiem« z 1906 r., stanowiącą streszczenie wiadomości o paratyfusach do 1906 r., 2) kliniczną Jakowskiego w »Nowinach lekarskich« w r. 1907, oryginalną, stanowiącą opis niewielkiej epidemii domowej w Warszawie i 3) bakteryologiczną Kučery (ze Lwowa) w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1906. Tuby można zaliczyć i pracę Stankiewicza (Lwów) w »Przeglądzie lekarskim« z 1905 r., traktującą właściwie o zatruciach mięsnych, lecz blizko dotyczącą omawianego przezemnie przedmiotu. Wobec powyższego zmuszony jestem dać szkic kliniczny, epidemiologiczny i anatomopatologiczny wymienionych chorób dla łatwiejszej oryentacyi.

A. Paratyfusy.

Nie uszło uwagi badawczych umysłów dawniejszych lekarzy, iż zespół objawów, zwanych durem, posiada różne czynniki etyologiczne. Już w 1839 r. spostrzegano w Adelfingen epidemiczną chorobę, podobną do duru, a wywołaną przez spożycie mięsa cielęcego. Stwierdzono również przypadki następczego zakażenia się od osób, które chorowały po spożyciu owego mięsa. Bollinger, Griesinger, Liebermeister wyrazili wątpliwość, czy dur jest jednolitą jednostką patologiczną. Eberth w 1898 r. w Kloten spostrzegał 600 przypadków cierpienia durowego. Na sekcyi dwóch chorych stwierdził zmiany anatomopatologiczne, właściwe durowi. Zadawał sobie jednak pytanie, czy był to istotny dur, czy jego odmiana, czy też choroba, podobna do duru, a wreszcie, czy istnieje tylko jedna postać duru brzusznego, czy też różne jego odmiany.

Dopiero systematyczne badania Schottmüllera w 1899 r. i 1900 r. dowiodły, iż zespół objawów, zwany durem, może być wywołany przez pasorzyty, odmienne od durowych. Odkrycie to zachwiało wiarę w jednolitość jednostki patologicznej, zwanej durem brzusznym.

Schottmüller wyodrębnia dwa rodzaje drobnoustrojów: a) »bacillus paratyphosus A, seu acidumfaciens«, gdyż w podłożach wywiązuje kwasy i b) »bacillus paratyphosus B, seu alcalifaciens«, gdyż w podłożach wywiązuje zasady.

Mamy więc 2 rodzaje zachorowań: paratyfus A i paratyfus B. Paratyfus B jest bardziej rozpowszechniony i o wiele ważniejszy. Od niego opis rozpoczynam.

I. Paratyfus B.

W r. 1896 Achard i Bensaude wyhodowali z ropy jednego chorego i z moczu drugiego b. paratyphosus B, a nawet podali nazwę »infection paratyphoidique«, lecz nie wyodrębnili osobnej postaci chorobowej. Toż samo i Gwyn w 1898 r., wyhodowawszy owego pasorzyta ze krwi chorego. Badania Schottmüllera w r. 1899 i 1900 dowiodły, iż paratyfus jest odrębną jednostką chorobową. Potwierdzili to wkrótce Kurth, Brion, Kayser, Arzt, Boese, Fromme, Kutsche, Hübener, Jakowski, Kučera, Klimenko, Barykin, Złatogorow i inni. Odzywały się wprawdzie głosy, że podział na tyfusy i paratyfusy jest nieracyonalny i zbyteczny, gdyż klinicysta nie może i nie ma potrzeby odróżniać duru brzusznego od paratyfusu. Przedstawicielami tego kierunku są Sacquepée i Jürgens.

Sąd taki jest błędny, gdyż 1) rokowanie w paratyfusie jest o wiele lepsze, aniżeli w durze brzusznym; 2) z chwilą, gdy posiądziemy swoiste środki lecznicze dla poszczególnych chorób zakaźnych, ścisłe rozpoznanie stanie się niezbędnem; 3) znajomość tych spraw ma poważne znaczenie pod względem zapobiegawczym.

Paratyfus, podobnie jak dur, ma wieloraką postać zależnie od zachorowań poszczególnych narządów, całych systemów narządów lub krwi.

Dzielimy go przeto na: 1) paratyfus brzuszny (paratyphus abdominalis) i 2) cierpienia paratyfusowe narządów, jakoto: enteritis, pyelitis, endometritis, cholecystitis, meningitis, otitis media, pleuritis, bronchopneumonia, endo- et

[1]) Odczyt, wygłoszony w Towarzystwie lek. radomskiem d. 29. IX. 1912 r.

pericarditis paratyphosa z bakteryemią t. j. obecnością drobnoustrojów we krwi.

Paratyfus brzuszny przebiega pod dwiema postaciami: a) ściśle durową (paratyphus abdominalis), b) ostrego lub przewlekłego nieżytu żołądka i jelit (gastroenteritis acuta seu cholera nostras et gastroenteritis chronica).

Paratyfus zawdzięcza swe powstanie po największej części spożyciu mięsa, przeto cierpienia tego rodzaju zaliczano dawniej do t. zw. zatruć mięsnych, występujących niekiedy masowo.

Zatrucia mięsne mogą być wywołane przez różne drobnoustroje, głównie zaś przez grupę Salmonella.

Rozróżniamy tutaj 2 podgrupy:

a) Do pierwszej podgrupy paratyfusu B należą: prątek paratyfusu B (Schottmüllera), hoghcholery B, psittacosis B (Noccard), duru mysiego B (Löfflera), wrzekomej gruźlicy morskich świnek; prątki chorobotwórcze typu: Flügge, Aertryck, Poznań, Düsseldorf, Greifswald, biorące swe nazwy albo od nazwiska odkrywcy, albo miejscowości, nawiedzonej przez epidemię zatruć mięsnych.

b) Do drugiej podgrupy Gärtnerowskiej należą: b. enteritidis Gärtneri, b. Moorsele, Gent, Brugge; chorobotwórcze dla szczurów Dunbara, Danysza, Stankiewicza i t. p.

Oprócz powyższych — objawy zatrucia mięsnego mogą wywołać jeszcze następujące drobnoustroje: Prątek okrężnicy (Dineur, Hoefnagel, Silberschmidt), szczególnie jego podgatunek — »b. coli haemolyticus« (Schottmüller, Much i Lorey), odmieniec (Silberschmidt, Levy, Schumberg), gronkowiec złocisty (Kuborn) i dwoinki (Harrevelt).

Od powyższego cierpienia należy odróżnić zatrucie mięsne zw. zatruciem kiełbasianem (botulismus), wywołane przez b. botulinus Ermengema, tak ze względu na swoiste zmiany, wywołane w pokarmach przez te drobnoustroje, jakoteż ze względu na znamienne objawy chorobowe.

W mięsie pod wpływem wspomnianego pasorzyta rozwijają się gnilne alkaloidy, ptomatropiny, wywołujące objawy, podobne do zatrucia atropiną.

Pasorzyty, wymieniane wyżej w 2 podgrupach grupy Salmonella, mają bardzo wiele podobieństwa pod względem hodowlanym, natomiast różnią się znacznie pomiędzy sobą pod względem biologicznym, czego najlepszym dowodem jest ich zachowanie się względem surowic chorych lub wysoce uodpornionych. Te surowice sklejają w odpowiedniem rozcieńczeniu homologiczne prątki; nie sklejają zaś prątków drugiej podgrupy, czyli heterologicznych. Wprawdzie bywają tutaj liczne wyjątki. Oprócz tego miano surowicy bywa różne nawet dla drobnoustrojów z danej podgrupy. Najwybitniejsze różnice zachodzą pomiędzy szczepami chorobotwórczymi dla człowieka, a takimiż dla zwierząt. Różnice te można usunąć z biegiem czasu, przeprowadzając drobnoustroje przez ustroje zwierzęce.

Prątki podgrupy Gärtnerowskiej mają ścisłe powinowactwo do prątków durowych Ebertha, gdyż ulegają sklejaniu pod wpływem surowicy durowej, jak również ulegają wpływowi durowych bakteryolizyn i bakteryotropin, oraz dają odczyn odchylenia dopełniacza z surowicą durową (Attinan).

Doświadczenia z czynnem uodpornieniem zwierząt poszczególnymi szczepami z obydwu podgrup dowiodły ich odrębności. Np. zwierzęta, uodpornione przeciwko prątkom paratyfusu B, były odporne na zakażenie durem mysim B, lecz ulegały zakażeniu prątkiem Gärtnera i odwrotnie.

Morfologia prątka.

Prątek paratyfusu B jest to lasecznik wielkości prątka durowego, obdarzony żywymi ruchami, zaopatrzony w liczne biczyki. Według Gramma się nie barwi. Względny beztlenowiec, rozwija się na wszystkich podłożach; mleka nie ścina, przeciwnie mleko po pewnym czasie staje się przeźroczystem. Prątek ten na agarze wywiązuje niewielką ilość gazu, na agarze z czerwienią obojętną (Neutralrotagar) wywiązuje gazy i wytwarza fluorescencyę. Na pożywce Conradi-Drigalskiego tworzy cienkie niebieskie kolonie; indolu nie wytwarza; cukier trzcinowy nie ulega pod jego wpływem fermentacyi, przeciwnie zaś zachowuje się cukier gronowy.

Prątek ten jest chorobotwórczy dla zwierząt. Myszy, szczury, świnki morskie giną po podskórnem, śródżylnem, śródotrzewnem zakażeniu nieznacznemi dawkami, jak również przy karmieniu hodowlami. Po wstrzyknięciu tworzy się martwica krwotoczna lub ropienie i prawie zawsze rozwija się posocznica; prątki przechodzą do krwi.

Prątki wytwarzają w hodowli jady, odporne na wysoką ciepłotę.

Karmienie morskich świnek gotowanemi hodowlami bulionowemi może wywołać zachorowanie, zaś wstrzyknięcie takich hodowli do otrzewnej śmierć zwierząt doświadczalnych. Przypadkowe zakażenie może wywołać u niektórych zwierząt ostry nieżyt jelit, u cieląt czerwonkę, posocznicę, zapalenie opłucnej. U bydła rogatego wywołać może takie zakażenie posocznicę połogową, ropnicę, ropnie w wymionach i posocznicę zwykłą. Prątek ten jest chorobotwórczy i dla krów, owiec, szczurów, gęsi i wielu innych zwierząt. U świń, cierpiących lub padłych na mór świński, często go spotykamy, jako pobocznego pasorzyta. (Istotnego zarazka tej choroby nie znamy do tej pory).

Epidemiologia.

Prątek paratyfusu B jest bardzo rozpowszechniony w przyrodzie. Stwierdzono jego obecność w kale zdrowych świń i ludzi, w wodzie, w lodzie z rzek i jezior, w rybach, ślimakach, ostrygach, homarach, w kale i mięsie chorych zwierząt, przeznaczonych na rzeź z konieczności (Nothschlacht) wskutek jakiegokolwiek cierpienia, w przetworach mięsnych: salami, kiełbasa, studzenina, w mleku, potrawach roślinnych, zakażonych przez myszy i szczury, które również podlegają zachorowaniu, w mięsie zdrowych zwierząt, zarówno surowem, jak i gotowanem lub wędzonem. Przechowywanie mięsa na lodzie sprzyja w znacznym stopniu zakażeniu go przez prątek paratyfusu B (Waldmann, Fürst, Rommeler, Gäthgens, Hübener, Schöne, Conradi, Albo, Bordos, Trautmann, Rimpau, Uhlenhuth, Jakowski, Stankiewicz, Kučera, Korte, Prigge, Sachs, Müke).

Klimienko wykrył prątki paratyfusu B w jelitach zdrowego psa. Karmił zdrowego psa hodowlami tegoż prątka; pies nie zachorował. Doświadczenie to jednak wskazuje, że i stały kontakt ludzi z psami może wywołać zakażenie. Conradi stwierdził, że jednem ze źródeł zakażenia jest naturalny lód, używany do przechowywania mięsa. Badał tedy 151 prób lodu, wziętych z różnych składów i w 18

znalazł typowe prątki paratyfusu B. Najwięcej prątków znajdowało się zwykle w środku kawała lodu, najmniej na jego powierzchni. Zgadza się to z badaniami Albo i Bordosa, którzy stwierdzili, iż podczas zamarzania wody prątki dążą z powierzchni do środka, gromadzą się tam, gdzie zamarzanie następuje najpóźniej.

Trautman dowiódł, iż prątki w największych kawałach mięsa przeciskają się z powierzchni w głąb w przeciągu 48 godzin. W lecie podczas upałów lód topnieje prędko, prątki rozmnażają się szybko, a mięso styka się z najgłębszemi warstwami lodu zakażonego. Tym sposobem przechowywanie nawet najświeższego i najlepszego mięsa w lodzie z jezior i rzek rodzi poważne niebezpieczeństwo pod względem sanitarnym.

Ciekawe również doświadczenie wykonał Stankiewicz. Dwa duże kawałki mięsa o równoległym przebiegu włókien wycięto jałowo w postaci słupów wielkości 18×4×5 cm. z większych kawałków mięsa — zaraz po zabiciu w rzeźni młodego wołu. Umieszczono je w jałowych naczyniach. Po stwierdzeniu ich jałowości zakażono oba na jednym końcu, a mianowicie jeden kawałek na górnej powierzchni przez posmarowanie łyżeczką platynową, zakażoną prątkami, wyhodowanymi ze zwłok człowieka, zmarłego na cholerę swojską, prątkami z grupy Gärtnerowskiej; drugi zaś kawałek mięsa zakażono również na jednym końcu, ale wewnątrz, przez ukłucie igiełką strzykawki do głębokości 2 cm. i wpuszczenie kropli hodowli bulionowej tychże drobnoustrojów. Naczynia trzymano w 7—9° C. — W pierwszym przypadku stwierdzono, że droga, jaką przebyły drobnoustroje w ciągu doby, wynosiła około 8 cm., po 48 godzinach wolny był jeszcze przeciwległy kawałek, ale już w odległości $1^1/_2$ do 2 cm od niego stwierdzono obecność prątków, po 60 zaś godzinach całe mięso roiło się od nich. W drugim kawałku na górnej powierzchni, wyżej miejsca ukłucia, wykryto prątki już na drugi dzień. Trzeciego dnia były one w połowie długości kawałka, na przeciwległym zaś końcu zjawiły się dopiero 4. dnia. Doświadczenie to dowodzi, jak szybko rozmnażają się prątki w mięsie martwem, a z drugiej strony, że w tym samym czasie przebywają dłuższą drogą wzdłuż włókien mięsnych, aniżeli w poprzek.

Jak mówiłem wyżej — gotowanie lub smażenie mięsa nie chroni od zachorowania, gdyż z jednej strony jady są bardzo odporne na działanie wysokiej ciepłoty, z drugiej i drobnoustroje nie giną, np. przy przygotowaniu kiełbasy. Podczas gotowania bowiem ścięte białko mięsa stanowi zły przewodnik ciepła, tworzy pancerz ochronny dla usadowionych w głębi drobnoustrojów. Podobno (Conradi) w lecie przy wyrobie kiełbas kładą do zmielonego mięsa kawałki lodu w celu zwiększenia lepkości masy, co również może być źródłem zakażenia tego produktu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Nowotwory łagodne w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach.

Studyum kliniczne

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

(Ciąg dalszy).

Anatomia patologiczna. Nazwa »polip nosa«, jak już wspomniałem, datuje się od czasów Hippokratesa i oznacza wogóle łagodne nowotwory. Pod względem formy, w jakiej występują, P. Heymann dzieli polipy nosa na 1) polipy, wiszące na szypułce (gestielte Polypen, lub gestielte Nasengeschwülste), odpowiadają one »właściwym polipom« Zuckerkandla, lub »śluzowym polipom« Hopmanna, 2) guzy łagodne wzgl. polipy na szerokiej podstawie, odpowiadają one »polipowatym przerostom« Hopmanna i Zuckerkandla (»polypoide, oder polypöse Hypertrophien«) 3) brodawczaki lub brodawkowe polipy (Papillome, oder papillare Polypen), odpowiadają one nazwie »polip malinowy« (Himbeerpolyp) Hopmanna.

Co się tyczy wielkości (rozmiarów) t. zw. polipów nosowych, to bywa ona różna, począwszy od tak drobnych, jak łebek szpilki, aż do orzecha włoskiego, a nawet jaja kurzego. Jeden z operowanych przezemnie polipów śluzowych u 12-letniego chłopca dochodził kolosalnych rozmiarów ($8^1/_2$ cm. długości, 4 cm. szerokości[9]). W przypadku Jurasza polip nosowy miał 11 cm. długości. M. Schaeffer operował jeszcze większy (14 cm. długości). P. Heymann w swoim zbiorowym podręczniku chorób nosa i krtani[10]) podaje również rysunek polipa kolosalnych rozmiarów. Polipy te, przedewszystkiem znaczne w wymiarze podłużnym, jako zazwyczaj rozwijające się w kierunku jamy nosowogardłowej, zaliczyć jednakże należy do kategoryi polipów nosowogardłowych.

Co się tyczy postaci, w jakiej występują polipy nosowe, to bywa ona również różnorodna, co przedewszystkiem zależy od siedziby oraz ilości tychże polipów, a więc to więcej okrągła, to owalna, to gruszkowata, najczęściej nieregularna. Z rzadkich form spostrzegałem polipa, podobnego do zęba trzonowego (obacz rysunek w moim podręczniku chorób nosa).

Zazwyczaj polipy nosowe bywają osadzone na mniej lub więcej cienkiej szypułce (nóżce), stąd nazwa polip, czasami jednakże na mniej lub więcej szerokiej podstawie.

Powierzchnia polipów nosowych bywa najczęściej gładka, czasami nierówna, zabarwienie żółtawe, czasami mniej lub więcej czerwone, co zależy od mniejszego lub większego unaczynienia, utkanie przezroczyste, jak galareto-śluz, stąd pochodzi nazwa polip galaretowaty, »śluzowy«,

Rzadziej polipy nosa bywają pojedyncze i wtedy najczęściej są one dużych rozmiarów; zwykle ilość ich jest znaczna: kilka, kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt sztuk u jednego osobnika, a nawet w jednej tylko jamie noso-

[9]) Rysunek tego polipa znajduje się w moim podręczniku chorób nosa, Warszawa 1897, p. 160.
[10]) loco citato — p. 793.

wej nie jest rzeczą rzadką. Przypominam sobie przypadek, dotyczący 40-kilkoletniego chorego, u którego z lewej jamy nosowej znacznie zniekształconej (rozdętej) usunąłem 56 mniejszych i większych polipów. W innych znowu przypadkach (19-letnia panna, 49-letni aptekarz) usunąłem 45 i 35 polipów i t. p. Jurasz wyjął przeszło 75 polipów z obu jam nosa. P. Heymann wspomina o przypadku, gdzie usunięto przeszło 100 polipów z obu jam nosowych.

Wogóle nawet wtedy, gdy podczas badania wziernikiem nosowym widzimy na razie jeden, lub najwyżej parę polipów, nie powinniśmy temu dowierzać, zwykle bowiem po ich usunięciu okazuje się cały szereg ukrytych za nimi dalszych polipów. Jurasz również zwraca uwagę na ten fakt. Zbitość polipów nosowych, zwłaszcza wiszących (na szypułce), prawie stale bywa miękka; dają się one z łatwością uginać, podnosić ku górze zapomocą zgłębnika; tem się tłomaczy ta okoliczność, że w stosunkowo wązkiej jamie nosowej mieścić się może tak znaczna ilość, lub tak znacznych rozmiarów polipy.

Polipy o szerokiej podstawie zwykle odznaczają się większą zbitością (t. zw. włókniaki). Są wreszcie i postacie przejściowe, kombinowane.

Co się tyczy siedziby w znaczeniu ściślejszem, to jest punktu wyjścia polipów nosowych, to w większości przypadków nie udaje się go z całą pewnością odnaleść, co zwłaszcza w przypadkach licznych polipów nosowych łatwo zrozumieć (M. Mackenzie, P. Heymann).

Najczęściej polipy nosa biorą początek z zewnętrznej ścianki, zwłaszcza na częściach kanciastych kości sitowej w okolicy średniej małżowiny i średniego przewodu nosa, t. zw. hiatus semilunaris, mianowicie na dolnej jego wardze (processus uncinatus), oraz w okolicy otworów zatok bocznych nosa. Wyższy odcinek nosa, t. j. okolica górnej małżowiny według Zuckerkandla nigdy nie bywa punktem wyjścia polipów nosowych, z czem się jednakże nie zgadza Jurasz, a co i ja na zasadzie dwóch spostrzeżeń potwierdzić mogę.

O wiele rzadziej polipy nosa sadowią się na dolnej małżowinie, gdzie natomiast częściej bywają brodawczaki, oraz polipowate przerosty; te również i na małżowinie średniej (w przednim odcinku), następnie na przysadzie nosa i to najczęściej w części jej przedniej (t. zw. guzy wzg. polipy krwawiące), zwykłe natomiast polipy śluzowe należą tu do rzadkości (ja spostrzegałem 8 tego rodzaju przypadków, Jurasz 2). Bardzo rzadko też punktem wyjścia polipów nosa bywa lemiesz (P. Heymann) oraz dno nosa (częściej włókniaki i chrząstniaki). Jurasz ani razu nie widział polipa, wychodzącego z małżowiny dolnej oraz na dnie nosa. Ja spostrzegałem 4 przypadki polipów (włókniaków) na małżowinie dolnej nosa oraz 3 razy na dnie (z tych raz obustronne). Polipy nosa nieco częściej[11]) bywają jednostronne' (na 1143 przypadków w mojej praktyce 593 razy), aniżeli obustronne (550 razy); z jednostronnych nieco częściej po stronie lewej (303 przyp.), aniżeli prawej (290 przyp.). Ciekawy jest fakt, na który zdaje się nikt dotąd nie zwrócił uwagi, że u kobiet częściej polipy nosa zdarzają się z lewej strony, aniżeli z prawej. Według obecnie przyjętego ogólnie poglądu, który datuje się jeszcze od Frerichsa (1843 r.), potwierdzony następnie przez Billrotha, Zuckerkandla, Hopmanna, wreszcie P. Heymanna (1886—1899), t. zw. polipy śluzowe nosa nie są to właściwe nowotwory »sensu strictiori«, lecz po prostu następstwa zapaleń wzgl. przerosty błony śluzowej (wahre Hypertrophie der Schleimhaut in allen ihren Theilen« Billroth), przyczem wspólną dla wszystkich polipów cechą jest ich »budowa z przerosłych prawidłowych części składowych błony śluzowej, a więc przedewszystkiem tkanki podstawowej t. j. łącznej« (P. Heymann).

Te to przerosty obrzękowe z upodobaniem występują na błonie śluzowej, pokrywającej kości sitowe (Alexander, Hajek, Polyak), przyczem płyn, zawarty w takich guzach, nie jest śluzem, jak to jeszcze utrzymywał Virchow (stąd nazwa »śluzak« »myxoma resp. polypus myxomatodes« jest niewłaściwa), lecz płynem surowiczym, powstałym według jednych drogą przesięku (transsudatio, Alexander, Hopmann), według zaś innych (Zuckerkandl, Okada) drogą wysięku (exsudatio). To drugie jest prawdopodobniejsze, jakkolwiek P. Heymann przypuszcza możliwość obu tych czynników. Wspólną przyczyną dla tych przerostów iest zapalenie, początkowo powierzchowne, a następnie sięgające do głębszych warstw t. zw. przestrzeni szpikowych (Markraume, Hajek).

Lewy[12]) znajdował w polipach nosowych kryształy Charcot-Leydenowskie; według Seiferta i Kahna (1895) są one obfite szczególnie w tych przypadkach, gdzie jest dużo komórek eozynochłonnych. Stepanow[13]) znajdował w polipach nosowych t. zw. kule szkliste, które identyfikuje z takiemiż w twardzieli nosa (rhinoscleroma). W ostatnich czasach również Polyak[14]) w polipach nosowych opisywał twory jednolite (homogene Kugel) okrągłe lub owalne w komórkach, zarówno w tkance łącznej, jakoteż i w warstwie nabłonkowej, a barwiące się zapomocą kwaśnej fuksyny na kolor wiśniowy. Co do znaczenia tych tworów, które i ja w swoim czasie miałem sposobność spostrzegać, nic dotąd pewnego nie da się powiedzieć. Wreszcie Kalischer[15]) ostatnimi czasy na podstawie specyalnych badań (Methylenblaumethode) utrzymuje, że t. zw. polipy śluzowe nosa bynajmniej nie są tak ubogie w nerwy, jak to dawniej utrzymywano (Billroth). W pierwszych latach mojej praktyki, a więc mniej więcej przed 25 laty, zajmowałem się w tutejszym Instytucie anatomopatologicznym pod przewodnictwem ś. p. Dziekana Brodowskiego i Prof. Przewoskiego również budową drobnowidową w 30 przypadkach operowanych przezemnie polipów nosowych. Na podstawie tych badań skłonny byłbym dzielić polipy na następujące postacie:

1) fibroma molle (oedematodes — Zarniko) simplex, t. j. zwykłe polipy śluzowe; najczęstsza postać, przeważnie na szypułce;

2) fibroma durum (fibrillare — P. Heymann), odmiana przeważnie występująca w guzach (polipach) jamy nosowo-gardłowej, przyczep przeważnie szeroki;

3) papilloma (brodawczak wzgl. polip brodawkowy),

[11]) Jurasz przeważnie częściej nieco widywał polipy nosa obustronne, z jednostronnych zaś nieco częściej z prawej strony.

[12]) Arch. f. Laryng. B. I, p. 259 etc.

[13]) Über cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut. Ibidem B. I 1893.

[14]) Bost. med. and. surg. Journal 23. XI. 1893.

[15]) Rev. inter. de laryng. 10. III. 1894.

przeważnie występujący na małżowinach nosowych dolnych; P. Heymann odróżnia tu jeszcze dodatkową odmianę »epithelioma benignum« w przeciwieństwie do nabłoniaków z charakterem złośliwym;

4) adenofibroma, t. j. włókniak (polip) gruczołowy;

5) fibroma cysticum (włókniak wzgl. polip torbielowy), wreszcie

6) fibroma angiomatodes s. telangiectodes, t. j. włókniak wzgl. polip unaczyniony, czyli t. zw. klinicznie polip krwawiący przegrody nosa.

Same nazwy już wskazują na charakter tych guzów: w pierwszej i drugiej postaci tkanka łączna podśluzowa, bądź luźna, zbliżona do zarodkowej w t. zw. śluzowych polipach szypułkowych, bądź bardziej zbita (w polipach o szerokiej podstawie oraz brodawczakach) tworzy sieć (reticulum) z okrągłemi przeważnie, a według P. Heymanna i wrzecionowatemi komórkami, której oczka wypełnione są mniejszą lub większą ilością płynu surowiczego, zależnie od zbitości polipa. Polipy te pokrywa prawidłowy, a więc cylindryczny migawkowy nabłonek, rozrastający się w postaci brodawek w odmianie »papilloma«, oraz zmieniający niekiedy swój charakter w płaski (metaplasia), wrastający w podłoże (epithelioma benignum P. Heymann), oraz zawierają one gruczoły, po większej części niezmienione. Te gruczoły są tylko w małej ilości, z wyjątkiem odmiany »adenofibroma«, przyczem niekiedy wytwarzają się w przewodach wyprowadzających, lub w oddzielnych pęcherzykach gruczołowych, liczne torbiele (fibroma cysticum). Te torbiele dochodzą niekiedy do bardzo znacznych rozmiarów, tak że przy operacyi zapomocą pętli wyjmujemy poprostu twór torebkowaty, którego płynna treść jednocześnie się wylewa. Przypadków takich spostrzegałem w swojej praktyce 12, w jednym z nich, dotyczącym 29-letniego kupca istniały jednocześnie 3 torbiele polipowe. Wreszcie zawierają polipy nosowe i naczynia, najgęściej u podstawy guza; są one niekiedy bardzo obfite, tworząc przestrzenie między sobą się łączące (fibroma angiomatodes s. cavernosum).

Brodawczaki w jamach nosowych nie należą do zbyt częstych. W praktyce mojej leczniczej i prywatnej na ogólną liczbę 1143 guzów łagodnych w nosie, spostrzegałem je tylko 33 razy, co stanowi około 3%. Jurasz na 228 — 13 t. j. około 6%, a więc dwa razy częściej, co się prawdopodobnie tłomaczy tem, że materyał jego pochodził tylko z praktyki poliklinicznej, gdzie wogóle częściej nasuwają się rzadsze postacie.

Jak już wspomniałem, siedzibą brodawczaków, niemal typową, jest dolna małżowina i to przeważnie jej przedni (rzadziej środkowy — Jurasz, lub tylny) odcinek. Jurasz np. na 13 przypadków w 12 widział guzy te na małżowinach dolnych, raz zaś tylko na średniej (73-letnia chora, brodawczak wielkości maliny.

Ja również na 33 przypadków w 29 widziałem i operowałem brodawczaki na dolnej małżowinie, natomiast 4 razy na przegrodzie nosa, z tych w 2 przyp. (szczególnym zbiegiem okoliczności oba u księży 44- i 35-letniego) siedzibą była przegroda chrząstkowa w części dolnej po stronie lewej; w jednym guz kalafiorowaty 2 cm. długości, w drugim guz wielkości i wyglądu maliny.

Na zaznaczenie zasługuje przypadek brodawczaka na małżowinie dolnej lewej u 20-letniej szwaczki, u której jednocześnie istniał też brodawczak wielkości orzecha włoskiego w jamie nosowogardłowej, mianowicie na stropie (tonsilla pharyngea). Oba guzy zostały usunięte zapomocą pętli galwanokaustycznej (drugi pod kontrolą lusterka i przy pomocy samotrzymającego się haka podniebiennego M. Schmidta).

Naczyniaki wzgl. włókniaki unaczynione. O ile pierwsze, t. j. właściwe naczyniaki, zdarzają się w jamach nosowych rzadko (Jurasz spostrzegał je tylko 2 razy na 228 wogóle guzów łagodnych nosa, ja na 1143 przypadków — 8 razy, i to wyłącznie na przegrodzie nosa, wielkości od prosa do orzecha laskowego, Jurasz natomiast raz na małżowinie dolnej), o tyle znowu włókniaki unaczynione, przedstawiające się klinicznie pod postacią tzw. guzów (polipów) krwawiących nosa, zdarzają się względnie dość często, mianowicie w mojej praktyce 21 razy. O tego rodzaju tworach pisano wiele (Schadewaldt, Alexander, Garel, Scheier, P. Heymann [17]), Schwager [18]), Cobb [19]) Strazza [20]), Lange [21]) a u nas Kohn, Lubliner, Baurowicz i Wróblewski).

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Doc. Pane. **Odporność życiowa przecinkowca cholery przy zetknięciu się z kwasami.** (Riforma med. Nr 8 1913). Odczyn stolca prawidłowego jest w większości przypadków kwaśny, natomiast biegunkowe wypróżnienia chorych na cholerę są przeważnie zasadowe. P. badając podczas epidemii cholery w 1911 r. odczyn stolców, przekonał się, że u ozdrowieńców i roznosicieli zarazków odczyn zasadowy ustępował po zniknięciu przecinkowców, wyjątkowo zaś tylko stwierdzał P. odczyn kwaśny. Tylko w jednym przypadku roznosiciel zarazków mniej więcej przez dwa miesiące wydalał przecinkowce Kocha przy silnym kwaśnym odczynie stolców. P. starał się ten punkt wytłumaczyć na drodze doświadczalnej, przypuszczając już to obecność kwasów organicznych o słabem działaniu zabójczem dla zarazka cholery, już też przyjmując pewnego rodzaju przystosowanie przecinkowca do działania kwasów. W tym celu oznaczał najmniejszą ilość 4% rozczynu rozmaitych kwasów organicznych i nieorganicznych, któraby wstrzymywała rózwój przecinkowca w wodzie peptonowej, a następnie starał się zmusić te drobnoustroje do wzrostu w wodzie peptonowej przy nieco mniejszej ilości kwasów i badał wreszcie, czy przecinkowce nie nabierały przez to pewnej odporności, pozwalającej im rosnąć nawet przy tej ilości kwasów, która poprzednio hamowała ich rozwój. Przekonał się przytem, że gdy kwasy nieorganiczne, jak siarkowy, solny i azotowy, działają jednakowo silnie na przecinkowce, to niektóre kwasy organiczne, jak cytrynowy i octowy, działają od nich silniej, inne zaś, jak mleczny, kaprylowy, kapronowy, kozłkowy, szczawiowy, winowy, salicylowy i będźwinowy okazują słabsze działanie; nadto okazało się, że obecność małej ilości kwasów tak organicznych, jak nieorganicznych w hodowli peptonowej przecinkowców cholerycznych, nawet po miesięcznem działaniu nie zwiększa ich odporności na kwasy. W jelicie ludzkiem nie są stosunki tak proste, jak w doświadczeniu, gdyż wchodzą tu w grę wytwory fermentacyi pokarmów i wydzieliny gruczołów błony śluzowej przewodu pokarmowego i wielkich gruczołów, będących z nim w zwią-

[16]) Seltene Fälle von Septumpolypen. Wien. med. Pres. 1892 Nr 52.

zku. Za przyczynę, dzięki której mogą się przecinkowce dłuższy czas utrzymać w wypróżnieniach jelitowych o odczynie kwaśnym, uważa P. obecność substancyi tłuszczowych, które otaczając zarazki, w ten mechaniczny sposób chronią je przed zabójczem działaniem kwasów; stwierdził P. to także doświadczalnie co do kwasu solnego i kaprylowego. Dr T. T.

Carl. **O tworzeniu się nowotworów u zwierząt zimnokrwistych.** (Medic. Klinik 1913 Nr 12). Nowotwory u zwierząt zimnokrwistych nie należą do rzadkości, lecz, co dziwna, rzadko tworzą przerzuty i nie często też wiodą do charłactwa, choć nieraz budową przypominają żywo złośliwe nowotwory człowieka. U jaszczurek często spotyka się brodawczaki skóry, u węży włókniaki, u salamander raki. U żab spostrzegano raki skóry, jajników, nerki i nadnerczy. Najczęściej może występują guzy na skórze, co tłómaczymy sobie łatwością wszczepiania się guza. Nieraz też stwierdzano nowotwory u ryb, a pierwszego mięsaka znaleziono właśnie u ryb w r. 1876, także raki i śródbłoniaki, naczyniaki i t. p. nie należą do rzadkości u karasi i karpi. Naczyniaki występują u ryb najczęściej na głowie, przyczem nieraz niszczą bardzo okoliczne tkanki. Rzadko natomiast spotyka się nowotwory u zwierząt zimnokrwistych w przewodzie pokarmowym. Znaną hodowcom ryb, zwłaszcza pstrągów, jest »zaraza«, niszcząca nieraz tysiącami ryby, a polegająca na raku gruczołu tarczowego. Nowotwór ten niszczy wszystkie tkanki, nawet i kości. Podobny charakter przyjąć może choroba częsta u karpi, t. zw. ospa rybia. Przerzuty spostrzegano dotąd u zwierząt zimnokrwistych tylko trzy razy. O ile u ludzi w miarę kultury wzrasta nieraz częstość nowotworów, to u zimnokrwistych rzecz ma się odwrotnie, bo zapadają na guzy głównie osobniki, żyjące w stanie dzikim. Natomiast dziedziczność, jak się zdaje, odgrywa tu wielką rolę. K.

Wrzosek. **O zadaniach prac doświadczalnych nad nowotworami złośliwymi.** (Nowiny lekarskie 1913 Nr 2). Na mocy doświadczeń, wykonanych na białych myszach, doszedł W. do wniosku, że zwierzęta te można uodpornić czynnie przeciw nowotworom zapomocą wstrzykiwań krwi mysiej, komórek wątrobnych lub też innych tkanek. Zwierzę takie, uodpornione na jeden nowotwór, np. raka, staje się czasem odpornem i na inny nowotwór, np. mięsaka. Wrodzona odporność względem pewnego nowotworu może być przemijającą i po kilkakrotnem zaszczepianiu z ujemnym wynikiem może się wreszcie nowotwór przyjąć i rozwinąć. Jednakże dotąd nie znaleziono niezawodnego sposobu na uodpornianie zwierząt na każdy nowotwór. Spostrzeżono też, że zaszczepione złośliwe nowotwory mogą się przyjąć i rozwijać do pewnego czasu, a potem uledz stopniowemu zanikowi. W. wysnuwa z tego wniosek, że należy jaknajdrobiazgowiej badać wszystkie te warunki, od których zanik zaczynającego się rozwijać, lub już rozwiniętego nowotworu zależy, a będzie można znaleść niezawodny sposób leczenia drogą nieoperacyjną. Uwzględniać przytem należy warunki, wpływające na przedłużenie życia, a więc hamujące rozwój nowotworów myszy rakowatych, np. stosowne odżywianie. HS.

Türschmid. **Lewostronne wysokie ułożenie ślepej kiszki z niezwykłym przebiegiem wyrostka robaczkowego** (Now. lek. 1913 Nr 2). Na talerzu biodrowym prawym leżała pętla esowata, zaś ślepa kiszka, odwinięta dnem do góry, znajdowała się tuż poniżej żołądka. Wyrostek robaczkowy, 14.5 cm. długi, ukryty był między otrzewną ścienną a krezką, wydobywał się na wysokości II kręgu lędźwiowego z ukrycia, osadzony na własnej krezce przylegał końcem do wnęki prawej nerki. Nadzwyczajną jego długość tłomaczyć należy mechanicznem pociąganiem w życiu płodowem, jakiemu uległ uwięziony w blaszkach otrzewnej przy wędrówkach ślepej kiszki. HS.

Medycyna wewnętrzna.

E. Kahn: **W sprawie stwierdzania »prątków gruźliczych« w obiegu krwi.** (Münch. med. Wochschr. 1913, Nr. 7). Wobec zajęcia, które w ostatnich latach obudziły »prątki kwasoodporne«, znajdowane we krwi chorych gruźliczych, autor postawił sobie za zadanie rozstrzygnięcie pytania, czy należy utożsamiać każdy kwasoodporny twór, znaleziony we krwi, z prątkiem gruźliczym. Autor jest tego zdania, że otoczki obumarłych krwinek czerwonych zachowują kwasoodporność i wobec tego mogą naśladować kwasoodporne prątki gruźlicze. Zdaniem autora nie posiadamy w danej chwili pewnej metody drobnowidowej dla odróżnienia kwasoodpornych prątków gruźliczych od innych podobnych do nich tworów. Musimy się więc i nadal opierać na doświadczeniu na zwierzętach, jako najpewniejszym sposobie dla stwierdzenia obecności laseczników gruźlicy. Mieczysław Michałowicz.

Bacmeister: **Stwierdzanie żywych prątków gruźliczych we krwi po wstrzyknięciu tuberkuliny, dokonanem w celach rozpoznawczych.** (Münch. med. Wochschr. 1913, Nr 7). Po wstrzyknięciu niektórym chorym tuberkuliny w celach rozpoznawczych zjawiają się we krwi tych chorych żywe prątki gruźlicy, o czem świadczą próby, dokonane na zwierzętach. Badanie krwi, dokonane u tych samych osób przed wstrzyknięciem tuberkuliny, nie wykazało swobodnych jadowitych prątków gruźliczych. Jak wiadomo, wstrzyknięcie tuberkuliny wywołuje w ognisku gruźliczem odczyn, skutkiem którego prątki gruźlicze mogą być uruchomione, ponieważ w ognisku występuje rozpad. Opisane wyżej zjawisko spotykał autor nawet u chorych o nieznacznych zmianach miejscowych Należy więc z wielką ostrożnością stosować wstrzykiwania tuberkuliny w celach rozpoznawczych. Doświadczenia autora zostały wykonane w niewielu stosunkowo przypadkach klinicznych (15 razy); w czterech z nich wykryto prątki po wstrzyknięciu tuberkuliny. Miecz. Michałowicz.

Driesbach: **Zatrucie pleśniami.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 11). D. spostrzegał endemię zatrucia pleśniami przy młóceniu owsa. Słoma pokryta była cała owemi pleśniami. Objawy typowe: dreszcze, potem wysoka gorączka, osłabienie, bóle głowy i stawów, zaczerwienienie twarzy, nudności, silne poty, kaszel suchy, ślady białka w moczu. Po kilku dniach stan się szybko poprawiał. Objawy te występowały w kilku miejscach u ludzi młócących owies. Potem zasłaniali sobie robotnicy usta i nos chustami, zmaczanemi w occie i ci, co to czynili, nie zapadali na owo zatrucie. A.

Prof. Spagnolio: **Leishmaniosis (kala-azar) w Messynie.** (Riforma med. Nr 8 1913). Już w roku 1908 stwierdzono przypadki kala-azar (choroby grasującej w krajach podzwrotnikowych, zwłaszcza zaś w dorzeczu Brahmaputry; przyp. sprawozd.) na Sycylii i w Kalabryi; Sp. spostrzegał cały szereg przypadków tego cierpienia tak w Messynie, jak i w jej okolicach i starał się ustalić niektóre dane co do rozpowszechniania się tej choroby w tych okolicach co do wieku dotkniętych nią osobników, co do pory roku która najwięcej sprzyjała jej powstawaniu i wreszcie co do skuteczności niektórych leków i klimatu górskiego na jej przebieg. Początek tego cierpienia przypadał zwykle na wiosnę; do obrazu klinicznego należy gorączka o nieregularnym przebiegu, na którą przetwory chinowe wywierają bardzo mały wpływ, nadto wybitna niedokrwistość, bardzo duży, rzadziej nieznaczny obrzęk śledziony, a czasem i gruczołów limfatycznych; niekiedy stwierdzał Sp. także wybroczyny skórne. Miazga ze śledziony, lub gruczołów limfatycznych, wydobyta przez nakłucie, zawierała zawsze swoiste drobnoustroje, t. j. leishmanie. Wiek chorych wynosił od $^1/_2$—5 lat, a tylko jeden przypadek Sp. dotyczył osoby dorosłej; cierpienie to jest prawie nieuleczalne. Co się tyczy sposobu szerzenia się, to prawie wszyscy autorowie

wyłączają pchłę i muchę, jako przenosicielki zarazków; niektórzy rolę tę przypisują pluskwie, któryto sposób szerzenia ma być spotykany głównie wśród Indyan (Patton); również nie jest pod tym względem wyjaśniony stosunek leishmaniozy psa do leishmaniozy ludzkiej. Pewne światło w tym kierunku rzucają spostrzeżenia Sp., że w rodzinach dotkniętych kala-azar nigdy nie było psa domowego i to od dłuższego czasu, a jeżeli był, to zawsze zdrowy. Przypadki Sp. dotyczyły osób zamożnych, co autor uważa za objaw szerzenia się tej choroby z warstw uboższych na bogatsze. Dr T. T.

Wilhelm Sternberg: **Ciepłota przysmaków i pokarmów.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, 1913, I.). Ciepłota pokarmów wpływa w wysokim stopniu na odczuwanie ich smaku, i tak mięso zimne musi mieć więcej dodatków smakowych, aniżeli ciepłe. Zimne pokarmy znoszą więcej cukru, aniżeli ciepłe (lody). Surowe dojrzałe owoce smakują słodko, ugotowane smakują nieprzyjemnie kwaśno. Kawa smakuje więcej na gorąco. Likiery inaczej smakują na zimno, a inaczej w ciepłocie pokojowej. W pierwszym przypadku powstaje harmonijny przyjemny smak wszystkich składowych części, natomiast przy wyższej ciepłocie wrażenie smakowe rozszczepia się, wywołując dysharmonijny smak wszystkich składników, z której to właściwości korzystają fachowcy przy badaniu napojów wyskokowych; rozpoznają bowiem w ten sposób, jakie domieszki znajdują się w badanym napoju. Weissglas.

Ludwig Brieger: **Znaczenie wodolecznictwa dla higieny.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1913, I.). Celem hartowania jest przystosowanie ustroju do różnych wahań ciepłoty, ciśnienia i t. p. czynników środowiska. Najlepiej daje się to osiągnąć przez przyzwyczajenie do wody o różnej ciepłocie. Hartowanie należy rozpocząć od wczesnej młodości, przyczem obowiązuje zasada indywidualizacyi. Znane bowiem są następstwa przesadnego i szablonowego hartowania w formie ciężkiej niedokrwistości, wrażliwości układu pokarmowego i chorób jelit. Najodpowiedniejszą porą do rozpoczęcia zabiegów wodoleczniczych jest pora letnia. Najchętniej stosowaną formą tych zabiegów jest obmywanie, a względnie nacieranie całego ciała wodą o nizkiej ciepłocie bezpośrednio po opuszczeniu łóżka, gdyż wygrzany ustrój korzystnie na te zabiegi oddziaływa. Działanie tych zabiegów polega 1) na wywołaniu zwężenia naczyń z następowem ich rozszerzeniem, co jest korzystną gimnastyką dla nerwów naczynioruchowych, 2) na wzmożeniu czynności serca, 3) na wzmożeniu czynności oddechowej. Po tych łagodnych zabiegach wodoleczniczych można stopniowo przejść do zabiegów poważniejszych, t. j. do tuszów, półkąpieli, pływania, kąpieli powietrznych i t. d. Weissglas.

Prof. Frankenhäuser. **O wpływie cyklonów na stan ogólny ustroju.** (Zeitschr. f. d. u. ph. Ther. 1912, XII). Wiele osób, pozornie zdrowych, oddziałuje na działanie cyklonów (zniżek barometrycznych) szeregiem zmian chorobowych, do których należą: napływ krwi do mózgu, zmiany nieżytowe przewodu pokarmowego, wreszcie szereg objawów reumatoidalnych w całym ustroju (głównie stawy, mięśnie, nerwy). Są pewne choroby, które szczególnie usposabiają do tego rodzaju zaburzeń w ustroju a nawet same podczas działania wspomnianych cyklonów pogorszeniu ulegają. Tu należą przedewszystkiem różne postacie gośćca stawów, mięśni i nerwów, choroby naczyń i serca, wreszcie różne zaburzenia przewodu pokarmowego. Przyczyna ujemnego działania cyklonów dotychczas jest nieznana; prawdopodobnie chodzi tu o jakieś szczególne wahania w ciśnieniu barometrycznem, nagłe zmiany elektryczności i zawartości wody w powietrzu, które to zmiany atmosferyczne zwykle poprzedzają zbliżanie się cyklonów. Leczenie jest różnorodne, stosownie do zmian chorobowych, i to po części farmokologiczne, po części dyetetyczno-klimatyczne. Weissglas.

Kaufmann: **Nowy lek przeciw otyłości: leptynol.** (Münch. med. Wochenschr. 1913, 10). Wychodząc z założenia, że otyłość jest wynikiem ogólnego upośledzenia oksydacyi w ustroju i że metale grupy platyny, a zwłaszcza palladium, są wybitnymi katalizatorami, rozpoczął K. próby z kolloidalnymi związkami palladu, a w szczególności z wodorotlenkiem Pd $(OH)_2$, przez fabrykę Kalle i Sp. pod nazwą leptynolu wyrabianym w postaci koloidalnego roztworu w płynnej parafinie. Nieco ogrzany leptynol wstrzykiwał K. w ilości 2 cm^3 na dawkę w tkankę tłuszczową podskórną na brzuchu. W miejscu wstrzyknięcia powstają niewielkie, niebolesne nacieki. Zapomocą tego środka wywołał K., wstrzykując go raz na tydzień, lub raz na dwa tygodnie i nie stosując przytem żadnej dyety odtłuszczającej, w jednym przypadku spadek wagi o 6 kg (w 3 miesiącach), w innych po 5 kg i t. d. Cena środka jest wysoka (10 cm^3, wystarczające na 5 wstrzyknięć, kosztuje 15 marek). Kl.

Hugo Bach: **O skłonności do dny i jej leczeniu światłem ultrafioletowem.** (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 1912, IX). Jednym z objawów towarzyszących skazie moczanowej jest niedostateczna czynność gruczołów wydzielniczych skóry i w następstwie tego suchość skóry. Według zdania wielu autorów, ta zmniejszona czynność wydzielnicza skóry staje się przyczyną nagromadzenia się kwasu moczowego w ustroju, gdyż, jak wiadomo, nietylko nerki spełniają czynność wydalania różnych ciał, (niepotrzebnych dla ustroju produktów przemiany materyi), ale w znacznej części rolę tę spełniają też gruczoły wydzielnicze skóry. Leube wykazał, że podczas silnego pocenia się zmniejsza się ilość wydalonego kwasu moczowego w moczu. Dlatego też wielu autorów, między innymi Turck, jest tego zdania, że wszystkie czynniki, wywołujące silniejszą czynność wydzielniczą skóry, nie dopuszczają do nagromadzenia się kwasu moczowego w ustroju i temsamem, przynajmniej w części, nie dopuszczają do powstawania skazy moczanowej. Do takich czynników należy między innymi światło słoneczne, a głównie jego promienie ultrafioletowe. W wyższym może stopniu, aniżeli promienie ultrafioletowe słoneczne, działają korzystnie na skórę człowieka promienie ultrafioletowe, wytwarzane zapomocą lamp kwarcowych. Promienie te w pierwszym rzędzie wywołują przekrwienie, następnie silne pocenie się, a wreszcie działają ogólnie na przemianę materyi. Weissglas.

Pedyatrya.

Hart. **Gnilec dziecięcy (choroba Möller-Barlowa)** (Med. Klinik 1913 Nr 6). Choroba ta, po raz pierwszy opisana przez Möllera, bliżej zbadana i opisana przez Barlowa, polega na zmianach dwojakiego rodzaju. Pierwszą grupą zmian są wybroczyny w skórze i dziąsłach, w narządach wewnętrznych, głównie w szpiku kostnym i pod okostną. Głównie wybroczyny podokostne są cechą charakterystyczną choroby Barlowa; występują one już bardzo wcześnie na długich kościach w okolicy nasad, nigdy zaś nie występują w stawach, które nigdy nie biorą udziału w tem schorzeniu; okostna bywa czasem na kształt płaszcza wzdłuż całej kości wydęta; najczęściej widać to na kościach uda. Okostna kości płaskich, jak czaszki, łopatki, miednicy, nawet kręgów, również bywa zajęta. Dla klinicysty najważniejsze są obrzęki poduszkowate skóry czaszki, a przedewszystkiem podokostne krwawienia pozagałkowe, wywołujące wysadzenie gałki ocznej; zwykle też w górnej powiece następuje rozległe podbiegnięcie prawe. Drugą zmianą jest schorzenie samych kości, polegające na zaniku już wytworzonych kości, głównie warstwy korowej kości długich. Wskutek tego powstają z lada jakiej przyczyny (uderzenia wózka, wzięcie dziecka na ręce, czasem też badanie lekarskie) złamania kości, które jednak, w odróżnieniu do złamań przy krzywicy, nie występują w środku długości kości. Żebra ulegają na granicy chrząstek tymże samym zmianom; często nastę-

puje tu samoistne skostnienie po złamaniu z pozostawieniem zgrubień, mogące naśladować różaniec krzywiczy. Nierzadka bywa w tej chorobie gorączka, nawet do 40° C. Choroba ta nie ma nic wspólnego z krzywicą, która może być tu tylko czynnikiem usposabiającym. Natomiast uważa autor całą sprawę za identyczną z gnilcem i oświadcza się też za nazwą: gnilec dziecięcy. Za tem przemawia też etyologia, ponieważ, jak przy gnilcu, przyczyną choroby Möller-Barlowa jest sztuczne i jednostronne odżywianie dziecka mlekiem wyjałowionem (ale także pasteryzowanem), nigdy zaś nie zdarza się ta choroba u dzieci piersią żywionych. Möller-Barlow, Holst i Fröhlich zdołali u królików przez jednostronne odżywianie owsem, żytem lub jęczmieniem wywołać zmiany identyczne z chorobą Möller-Barlowa, a przez podawanie tym zwierzętom świeżych jarzyn doprowadzali do wstrzymania i wyleczenia wywołanych poprzednio zmian.

Wcześnie można sprawę rozpoznać tylko z pomocą promieni Röntgena, które na granicy nasad długich kości wykazują szeroką, ciemną, niewyraźnie odgraniczoną charakterystyczną smugę. Co do innych objawów rozpoznawczych, to o chorobie Möller-Barlowa myśleć można, gdy matka podaje, że dziecko od jakiegoś czasu okazuje zmianę usposobienia, bladą cerę, niema apetytu, a przy braniu na ręce krzyczy, kończyny dolne trzyma ku tułowiu ściągnięte. W późniejszych okresach rozpoznanie jest łatwe i od innych chorób odróżnienie nietrudne. Kiłowe zmiany kości są zresztą wrodzone, nigdy nie zauważa się ich u starszych dzieci, nigdy nie towarzyszą im krwawienia dziąseł, ani obrzęki kości. Od krzywicy także nietrudno odróżnić chorobę Barlowa, jakkolwiek z drugiej strony pamiętać należy, że obie te choroby obok siebie występują nierzadko. Rokowanie jest niezłe, przypadki śmierci zdarzają się tylko rzadko. Co do leczenia, to przez zastąpienie gotowanego mleka surowem (bez obawy zakażenia dziecka gruźlicą), przez podawanie strawy mieszanej (soki owocowe, jarzyny świeże) bardzo szybko osiąga się wyniki dobre. Mondschein.

Bittner-Wopst: **Odczyn skórny Pirqueta w zastosowaniu do zapobiegania powikłaniom gruźlicy.** (Münch. med. Wochenschrift. 1913 Nr 3). U pewnego chorego na gruźlicę lekarza odczyn Pirqueta wypadał zawsze dodatnio. Chory ten miał zajęty prawy szczyt. Opukiwanie wykazywało stłumienie, poza tem nie było żadnych objawów klinicznych. Ogólnie wyglądał chory bardzo dobrze. Pewnego razu próba Pirqueta wypadła u tego chorego ujemnie. Zarządzona po 7 dniach kontrola dała również wynik ujemny. W trzy miesiące potem chory uległ niespodzianie suchemu zapaleniu opłucnej. Po trzech miesiącach nawrót. Po dalszych trzech miesiącach silny krwotok. W plwocinie prątki gruźlicy. Badanie kliniczne wykazało nieżyt prawego płuca. Autor zwraca uwagę na szczególne zachowanie się odczynu Pirqueta w okresie, poprzedzającym pogorszenie się stanu. Brak odczynu tłumaczy autor zjawiskiem alergii ustroju, podobnie jak to się dzieje przy odrze, po której także spotykamy często pogorszenie ogólnego stanu u chorych gruźliczych. Wychodząc z tego założenia, proponuje autor u osób obarczonych gruźlicą stosować odczyn co pewien czas, ażeby tym sposobem módz wykryć zawczasu ukryty okres postępującego pogorszenia. Miecz. Michałowicz.

Josefson: **Doświadczenia nad możliwością przenoszenia zarazków porażenia rdzeniowego dzieci przez przedmioty martwe i przez muchy.** (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr 2). Doświadczenia dowiodły, że zarazek porażenia rdzeniowego może być przenoszony przez przedmioty martwe (w danym przypadku zapomocą chustki do nosa, książki, robótki). Zarazek zachowuje w tych warunkach zdolność do rozmnażania się. Doświadczenia, mające na celu wyjaśnić, czy muchy nie przenoszą zarazka, dały wyniki ujemne. Miecz. Michałowicz.

Stöltzner. **O larosanie jako o środku zastępującym mleko białkowe.** (Münch. med. Wschrift 1913 Nr 6). Autor postawił sobie za zadanie uprościć przygotowywanie mleka białkowego. W tym celu porozumiał się autor z fabryką F. Hoffman La Roche et Co w Grenzach i zaproponował wytworzenie proszku, zawierającego sernik wapniowy o zawartości 25% tlenku wapnia. Przygotowany w ten sposób przetwór nosi w handlu miano »larosan«, nie ma smaku, ani zapachu, przypomina postacią mąkę pszenną, rozpuszcza się łatwo w mleku. Sposób przygotowania mleka larosanowego jest następujący: Rozpuszczamy 20 gr. larosanu w 170 gr. chłodnego mleka, jednocześnie zagotowujemy drugą dawkę mleka, w ilości 330 gr. Po zagotowaniu tej drugiej dawki mleka, dodajemy do niej pierwszą dawkę mleka z rozpuszczonym w niej larosanem. Po zlaniu obu dawek do jednego naczynia zagotowujemy je. Po zagotowaniu przecedza się mleko przez sitko i rozczynia się 500 gramami gotowanej wody z ilością kleiku z mąki lub kaszy, zależnie od warunków danego przypadku. Cukru nie dawał autor aż do chwili, gdy stolce stawały się gęstsze. Z chwilą ustalenia się stolców dawano cukru w ilości 1—5%. W niektórych przypadkach dawano nawet więcej cukru. Autor zaleca cukier odżywczy (Nährzucker) Soxhleta. Wiele, aczkolwiek nie wszystkie, dzieci znoszą dobrze zwykły cukier buraczany w ilości 2·5% wody lub kleiku, zużytych do rozczynu (a więc 12·5 gr.; uwaga sprawozdawcy). Autor nie stosował wcale cukru mlecznego. Gdy do kliniki wstępowało dziecko chore na zatrucie, autor podawał mu w ciągu 12—24 godzin herbatę bez cukru, a następnie przechodził do mleka larosanowego, poczynając od dawek po 20 gr. Przerwy pomiędzy dawkami wypadały po trzy godziny. Przejście do ilości, stosowanych do wieku chorego, było dość szybkie. Brakującą ilość płynu, potrzebnego choremu, dopełniano podawaniem wody lub herbatki koperkowej. Larosan stosowano u 76 niemowląt. Co do wyników, to nie ustępują one, zdaniem autora, wynikom osiąganym przy podawaniu mleka białkowego. Miecz. Michałowicz.

An. Lehle: **W sprawie zapobiegania wiewiórowemu zapaleniu oczu u noworodków.** (Münch. med. Wochschrift 1912 Nr 40). W walce z wiewiórowem zapaleniem oczu u noworodków odgrywa azotan srebrowy rolę wybitną. Obok zalet posiada ten środek i pewne wady, a do tych należy zbytnie podrażnianie tkanek. Mając wszystkie te zalety, co azotan srebrowy, odznacza się »saphol« daleko większą łagodnością w tym względzie. Wobec tego można go pozostawić w rękach rodziców noworodka, co, jak wiadomo, nie jest bezpieczne, o ile chodzi o azotan srebrowy. Bakteryobójczość safolu jest prawie bezwzględną. Pod względem chemicznym jest safol związkiem formaldehydu, kwasu nukleinowego i srebra; przedstawia się on jako jasno żółty, dobrze rozpuszczalny w wodzie proszek. Wytwarzanie przetworu objęły zakłady Fr. Beyera. Safol stosuje się w postaci 5% rozczynu. Doświadczenia z safolem wykonał autor w klinice Prof. Döderleina na 2500 dzieciach. Miecz. Michałowicz.

H. Chiari: **Rodzinna chondrodystrofia u płodu.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 5). Autor opisuje dwa przypadki chondrodystrofii ze swego zakładu anatomopatologicznego. Historya tych przypadków zarówno jak i cały szereg innych, opisanych w piśmiennictwie, świadczy o tem, że chondrodystrofię spotyka się w pewnych rodzinach wyłącznie w linii męzkiej. Przypadki autora przedstawiają się zajmująco jeszcze i z tego względu, że oba płody pochodziły od tego samego ojca, lecz z różnych matek. Miecz. Michałowicz.

W. Beyer: **Laseczniki błonicy w moczu.** (Münch. med. Wschrift 1913 Nr 5). Autor badał mocz co do laseczników Löflera u 19 ozdrowieńców po błonicy, wybranych na wyrywki z materyału klinicznego. Połowę badanych stanowili chłopcy, drugą dziewczynki. Nieznalezienie laseczników błonicy należało do największych rzadkości. Laseczniki spotyka się prawie u wszystkich ozdrowieńców, nawet w tych razach, gdy zwykłe bakteryologiczne badanie

gardła daje już wyniki ujemne. Tu autor daje bardzo dobrą radę, mianowicie nie należy ograniczać się do lekkiego obcierania migdałków zapomocą wacika, lecz należy wyciskać wydzielinę ze szczelin migdałków. Uzyskanego materyału nie należy rozciągać wacikiem w wązkiej próbówce, lecz należy to czynić w szerokiej płaskiej miseczce Petriego, ponieważ w ten sposób można daleko staranniej rozsiać drobnoustroje. Omawiając dalej leczenie, stwierdza autor, że wszelkie próby zniszczenia laseczników w moczu przez podawanie chorym urotropiny pozostały bez skutku.

Miecz. Michałowicz.

A. Schmidt. **Przewlekłe zakażenie płuc błonicą.** (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr 1). W opisanym przez S. przypadku uległo zakażeniu płuc lasecznikiem błonicy nie dziecko, lecz 62-letnia kobieta. Choroba ciągnie się już koło 10 lat. Liczne w różnych odstępach czasu podjęte badania bakteryologiczne stwierdziły w plwocinie chorej nie rzekome laseczniki błonicy, lecz prawdziwe, niejadowite prątki błonicze. Klinicznie cierpienie objawiało się częstemi zapaleniami oskrzeli. Opukiwanie stwierdza stłumienie w prawym szczycie. Badanie promieniami Roentgena wykazuje cień w prawym szczycie i w całem prawem płucu. Wdech i wydech w prawym szczycie wzmożone. Chora cierpi prócz tego na błednicę i na osłabienie czynności serca. Przez cały czas choroby chora nie zakaziła błonicą żadnego z domowników. Wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej nie dały żadnych wyników. Chora nie zgodziła się na zaproponowane jej czynne uodpornienie zapomocą zabitych hodowli prątków błoniczych podług metody Petruschkyego.

Miecz. Michałowicz.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 19. lutego 1913.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, sekretarz Dr Zubrzycki. Obecnych członków 75.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes powitał jako gościa Dra Jabłońskiego ze Swisłoczy.

3) Kol. Lewkowicz omawia dalszy przebieg choroby w przypadkach poprzednio demonstrowanych.

Przypadek **torbieli brzusznej** został przeniesiony na klinikę chirurgiczną i był operowany przez prof. Kadera. Płyn wypuszczony okazał się płynem surowiczym, lekko mętnym, z 0·9% białka, z ciałkami wielojądrzastemi w osadzie. Stan chorego po operacyi poprawił się znacznie.

W przypadku **zapalenia surowiczego opon mózgowo-rdzeniowych** dalsze badania płynu mózgowo-rdzeniowego wykazywały cytologicznie stopniowe zaostrzanie się sprawy i przechodzenie zapalenia surowiczego w ropne tak, że odsetek ciałek ropnych doszedł w końcu do 70. Gorączka przerywana trwała w dalszym ciągu. Ostatnie jednak trzy dni są zupełnie bezgorączkowe, badanie płynu wykazuje spadek ilości ciałek białych do $^1/_{20}$ i znów przewagę znaczną limfocytów, zatem wyraźne cofanie się sprawy zapalnej i powrót do stosunków pierwotnych z charakterem zapalenia jako surowiczego. Chora jest na drodze do wyleczenia. Bakteryologicznie na szczycie sprawy udało się otrzymać w hodowlach ziarenkowca gramoujemnego, podobnego do meningokoka, okazującego też pod wpływem surowicy przeciwmeningokokowej aglutynacyę.

Kol. L. omawia następnie objawy u chorego M. S. (lat 9) i przedstawia jego fotografię.

Płyn wolny w jamie brzusznej i znaczne, twarde obrzmienie wątroby z brzegiem na dłoń poniżej łuku. Obok tego jednak bladość, lekka sinica i ogólne osłabienie, co wszystko nie daje się tłumaczyć samą sprawą w wątrobie. Musi się za podstawę tych zaburzeń w krążeniu przyjąć **zarośnięcie zupełne worka sercowego na tle gruźlicy osierdzia**, prawdopodobnie ze **zrostami zewnętrznymi**. Stłumienie serca jest powiększone, głównie w kierunku poprzecznym. Uderzenie koniuszkowe niemacalne; w dołku lekkie skurczowe zapadanie. Granice serca przy zmianie położenia zupełnie się nie przesuwają. U chorego stwierdza się przytem nacieki w dolnych częściach płuc, szczególnie po stronie lewej, przyrody prawdopodobnie gruźliczej, i objawy rozległych zrostów opłucnych, szczególniej w sąsiedztwie serca (nieprzesuwalność zupełna granic opukowych przy oddychaniu). Obecność zmian w płucach i opłucnej, a nieobecność zmian zastawkowych zmusza do przyjęcia, że sprawa w osierdziu ma tło gruźlicze. Rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem promieniami Roentgena: zatarcie granic serca (demonstracya rentgenogramu) i nieruchomość granic przy badaniu na ekranie. Wyniki elektrokardyograficzne, otrzymane przez kol. Latkowskiego, zgadzają się także dobrze z rozpoznaniem.

W dyskusyi zabiera głos kol. Prof. Kader i omawia zabieg operacyjny, wykonany na chłopaku z torbielą. Podnosi równocześnie trudności techniczne, wynikłe z nadzwyczajnej cienkości ściany torbieli. Pomimo uwagi operatora ściana górna pękła i płyn się wylał. To w ostateczności tak utrudniło zabieg, że poprzestano tylko na częściowem usunięciu ściany torbieli.

4) Kol. Doc. Latkowski przedstawia **elektrokardyogramy**, zebrane z **przypadków chorób sercowych** i wskazuje na ważność i praktyczne znaczenie zdjęć elektrokardyograficznych. Z elektrokardyogramu można często wnosić o przeroście serca, o pewnych zmianach anatomicznych w mięśniu sercowym, jak np. o zmianach w pęczku przewodzącym (Eppinger i Störk, Wyss), o miejscu wyjścia skurczu serca, a mianowicie, czy skurcz serca wychodzi z prawidłowego punktu wyjścia skurczów, czy też z innego miejsca. Metodą tą rysuje się osobno stan czynny, odpowiadający skurczom przedsionka, a osobno, odpowiadający skurczom komór, i z łatwością wykazuje się ich czasowe następstwo, co przy upośledzeniu zdolności przewodnictwa lub przy rozkojarzeniu komór i przedsionków ma wielkie znaczenie. Metodą tą w końcu można wykazać z największą dokładnością i łatwością różne postacie nieregularności tętna, czyli metoda ta wogóle pozwala nam wejrzeć w czynność mięśnia sercowego.

Następuje demonstracya elektrokardyogramów u ludzi zdrowych dla pokazania krzywej prawidłowego serca, dalej Ek. u chorego z przerostem serca wskutek obecności torbieli w jamie brzusznej, Ek. oseska z kliniki pedyatrycznej Prof. Lewkowicza, z wadą serca wrodzoną, co sekcya potwierdziła, Ek. chorej ze zwężeniem tętnicy płucnej, z oddziału radcy Krokiewicza, u której również Ek. przemawia za wodą wrodzoną, Ek. ze skurczami dodatkowymi komorowymi i przedsionkowymi u chorego z oddziału Prof. Pareńskiego, Ek. tętna stale nieregularnego u chorego z oddziału Prof. Pareńskiego, wreszcie i Ek. z przypadku zrostu serca z osierdziem i klatką piersiową z kliniki pedyatrycznej, przedstawionego przez Prof. Lewkowicza, gdzie Ek. miał charakterystyczne zachowanie, dotąd nieopisane. W przypadku tym przy odprowadzaniu elektrod od ręki lewej i lewej nogi lub ręki lewej i prawej nogi krzywa okazuje zaledwie ślady skurczu serca, natomiast przy innych sposobach odprowadzania, wyłączając »nogi obie«, wychodzą na krzywej skurcze przedsionków i komór wyraźne. Ta zmiana w Ek. może przemawiać za większym oporem, istniejącym między sercem, a lewą ręką, który prawie całkiem nie pozwala na przyjęcie prądu elektrycznego tą drogą do galwanometru. To zachowanie się Ek. przemawia też za tem, że prąd powstający w sercu przewodzi się w małym stopniu drogą naczyń krwionośnych, a przedewszystkiem za pośrednictwem innych tkanek.

W dyskusyi przemawia a) kol. Glassner, który nawiązując do krzywych elektrokardyograficznych, przedstawionych przez kol. Latkowskiego, oraz do sposobów ich interpretowania, zaznacza, że elektrokardyogram niestety nie daje nam tych pewników graficznych, któreby rozstrzygały tak o zmianach anatomo-patologicznych, jak i czynnościowych układu krążenia. Zwłaszcza ostatnie badania Heringa dowodzą, że nie można przyjąć żadnej krzywej elektrokardyograficznej jako normalnej, albowiem wręby krzywej zmieniają się nawet u tego samego osobnika zależnie od położenia, rodzaju stosowanego »działu« i innych jeszcze warunków. »Normalna« krzywa, przyjęta przez Nicolaia, jest krzywą indywidualną, a nie krzywą normalną. Tak jak sprawa się obecnie przedstawia, jedyną pewną przysługę oddaje nam elektrokardyogram przy rozbiorze i różniczkowaniu rozmaitych rodzajów nieprawidłowych skurczów serca.

b) Doc. Latkowski w odpowiedzi kol. Glassnerowi stwierdza, iż elektrokardyografia daje nam w pewnej liczbie przypadków dane graficzne, wskazując na zmiany anatomiczne ew. czynnościowe w układzie krążenia, jak to na początku zaznaczył, szczególnie w przypadkach rozkojarzenia komór i przedsionków i w skurczach dodatkowych serca. Przytem wogóle metoda elektrokardyograficzna jest technicznie łatwiejsza, (zwłaszcza jeśli się posługujemy galwanometrem Martensa z kompensacyą kondensatorami), niż sfigmografia, szczególnie, gdy się uwzględni trudności zdejmowania tętna żylnego. Nadto metodą elektrokardyograficzną można się posługiwać w przypadkach, gdzie sfigmografia jest prawie wyłączona, jak np. u osesków. Wreszcie może nas naprowadzać elektrokardyografia na rozpoznanie zmian w sercu, np. przy wadach wrodzonych lub odwrotnem ułożeniu trzew, jak to już w zeszłym roku mowca przedstawił, gdzie sfigmografia nic nie wykazuje. Dalej zaznacza kol. Latkowski, iż krzywą ze zdrowego osobnika, którą przedstawiał, nazwał mniej więcej normalną, t. zn. zbliżoną do pewnej liczby krzywych, spotykanych u ludzi zdrowych, a nie rozumiał przez to »normalnej« wedle Nicolaia, i że zgadza się z Heringem, iż istnieje tylko krzywa indywidualna, aczkolwiek Hering nigdzie nie zaprzecza, jakoby z szeregu krzywych indywidualnych u ludzi zdrowych nie można sobie wytworzyć pojęcia przeciętnej krzywej, t. j. normalnej. Zresztą sądzi kol. Latkowski, iż w każdej dziedzinie wiedzy, a zwłaszcza biologicznej, pojęcie »normalny« jest konwencyonalne, a nigdy ścisłe. W końcu podnosi, że w niektórych przypadkach, np. w demonstrowanym przypadku zrostu serca z osierdziem i klatką piersiową, elektrokardyografia może wykazać zmiany, które innemi metodami graficznemi nie dają się wykryć.

5) Kol. Zygmunt Wachtel (junior) przedstawia z kliniki lekarskiej **chorą na białaczkę, leczoną arsenobenzolem**, która teraz jest w ósmym miesiącu ciąży. Prelegent odnosi znaczne poprawienie się ogólnego stanu do działania stosowanego leku, choć nie wyłącza także ewentualnego korzystnego wpływu samej ciąży jako takiej.

W dyskusyi przemawiają: a) kol. Blassberg, który podaje w wątpliwość korzystne działanie arsenobezolu na białaczkę i twierdzi, że poprawę stanu chorej odnieść należy raczej do ciąży; b) kol. Hirsch, który zgadza się w zupełności ze zdaniem kol. Blassberga; c) kol. Wachtel podnosi w odpowiedzi, że i on, jak to zaznaczył nie wyłącza korzystnego działania ciąży na samą sprawę chorobową, jednak i arsenobenzolowi nie może odmówić znaczenia leczniczego.

6) Kol. Prof. Kader: a) pokazuje **przyrząd** własnego pomysłu do repozycyi zapomocą stałego ucisku i unieruchomienia **złamanych kości miednicy**. Omawia jednocześnie przypadek z praktyki prywatnej, w którym ten przyrząd stosował. Był to trzydziestokilkoletni inżynier, który uległ złamaniu miednicy, oderwaniu cewki od pęcherza na wysokości szyjki pęcherza i skrętowi pętli esowatej naokoło podłużnej osi o 360°. U niego wykonano laparotomię, odprowadzenie kiszki, cięcie nadłonowe, połączenie pęcherza z cewką zapomocą zgłębnika gumowego, założonego od strony pęcherza przez cewkę, szew jamy brzusznej i pęcherza na głucho, tamponadę rany naokoło pęcherza. Złamanie prawostronne miednicy w obrębie kości łonowej z przesunięciem odłamków w spojeniu łonowem ku przodowi pozostawiono po odprowadzeniu leczeniu samoistnemu. Chory ma się obecnie dobrze i jest uzasadniona nadzieja zupełnego wyleczenia.

b) Dalej przedstawia kol. Kader chorą operowaną doszczętnie z powodu **mięsaka szczęki dolnej.** Operator był zmuszony usunąć znaczną część kości szczęki dolnej. Wspólnie z Prof. Łepkowskim zastąpił usuniętą część kości protezą z kości słoniowej. Proteza wgoiła się, a chora miewa się doskonale. Po zabiegu jednak, wskutek zniszczenia przewodu ślinianki przyusznej, wytworzyła się przetoka, przez którą wypływa ślina wytwarzająca się w gruczole przyusznym. Prelegent ma zamiar następowo usunąć śliniankę.

W dyskusyi przemawia kol. Prof. Łepkowski, który przedstawiając doskonałe rentgenogramy, wykonane w jego zakładzie przez Dra Grabczaka, omawia bliżej przypadek ze stanowiska techniki dentystycznej. Claud Martin we Francyi, Sauer w Niemczech byli równocześnie twórcami t. zw. »immediatprotezy«. I jeden i drugi i ich następcy podają z różnemi odmianami metody protez, wstawianych tuż po wykonaniu zabiegu operacyjnego. We wszystkich tych przypadkach chodzi tu o wstawkę, czy to kauczukową, czy też metalową, włożoną wprost w ranę od strony jamy ust. Umocowanie takiej wstawki zależne jest od stosunków, które w danym przypadku zachodzą i może być osiągnięte przez oparcie o staw przy całkowitej eksartykulacyi dolnej szczęki, przy częściowej zaś resekcyi kości przez umocowanie do pozostałej części kości zapomocą sztucznych zębów śrub, szwów kostnych i t. d. W przypadku niniejszym, biorąc za materyał do protezy kość słoniową, starano się nietylko utrzymać zupełną toaletę policzka, ale wszczepić wycięty przy operacyi kawał szczęki, obszywając kość słoniową częściami miękkiemi, a umocowując ją z jednej strony przez oparcie o staw, a z drugiej strony przez czop, wpuszczony w kość i szew druciany. Na rentgenogramie widać dziś po czterech tygodniach po operacyi, jak dookoła świeża kostnina oblewa kość słoniową. Czy rokowanie w tym przypadku jest dobre, trudno powiedzieć, gdyż z jednej strony nie mogło być mowy o operacyi aseptycznej przy otwartej jamie ust, a z drugiej strony zostawiona ślinianka z przetoką na razie dobrze rokować nie pozwala. Prof. Kader ma zamiar usunąć pozostawiony gruczoł. To w znacznej części zmieni rokowanie na dobre, a skoro proteza następowa, uzbrojona w zęby, spocznie na implantowanej szczęce z kości słoniowej, skutek techniki dentystycznej na usługach chirurgii byłby zupełnym.

Dr J. Zubrzycki, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie z d. 9. XI. 1912.

Obecnych 25 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1) Kol. Henryk Higier wypowiedział rzecz: **W sprawie nowszych poglądów na układ sympatyczny i autonomiczny i ich znaczenie kliniczne.**

Treść odczytu (streszczenie własne). Różnice między układem somatycznym, a wegetacyjnym. Ośrodki rdzeniowo-opuszkowo-śródmózgowe. Rami communicantes albi et grisei, synopsis. Dwa neurony (przed i zakomórkowy) w przebiegu włókien wegetacyjnych. Dwojakiego rodzaju odruchy współczulne. Zależność układu wegetacyjnego od wzruszeń i afektów. Podwójna i antagonistyczna innerwacya przez nerwy sympatyczne i autonomiczne. Siedlisko n. współczulnego i nerwów autonomicznych. Farmakodynamika układu wegetacyjnego. Jady ogólne i wybiórcze (elektywne), zewnątrzpochodne i wewnątrzpochodne (hormony) w obrębie układu

wegetacyjnego. Jady wazotropijne i sympatykotropijne, pobudzające (atropina, pilokarpina, fizostygmina, kokaina, nikotyna). Podniecające, hamujące i uczulające (sensybilizujące) wytwory gruczołów i przemiany materyi (adrenalina, cholina, jodotyryna i pituitryna). Patologia ogólna układu wegetacyjnego. a) Wagotonia i sympatykotonia, b) Kliniczne ich postacie: ogólna i miejscowa, wyraźna i utajona, typowa i pozorna, stała i okresowa, czysta i powikłana, młodzieńcza i późniejsza, odosobniona i rodzima. c) Stanowisko wagotonii wobec pewnych stanów fizyologicznych i patologicznych, szczególnie wobec przemiany materyi, czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych i zaburzeń w sferze duchowej. d) Nerwice gruczołowe i narządowe. e) Uwagi krytyczne do nauki o wagotonii i sympatykotonii. f) Metodyka badania wagotonii kliniczna i farmakologiczna. g) Rzut oka na pojęcie o ustrojowości wrodzonej i nabytej.

W dyskusyi brali udział kol. Weinzieher, Puterman, Czajkowski i Podczaski.

Posiedzenie z d. 21. XII. 1912

Obecnych 14 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1) Kol. Dehnel. **Przyczynek do etyologii gośćca.** Chora B. S., lat 25, odbyła trzeci poród 11 września 1912 r. Po trzech dniach, 14. IX. dreszcze, gorączka $40{\cdot}2^0$, w południe t. 100. Nieznaczne owrzodzenie na brzuchu z szarawym nalotem. Następnego dnia C 40^0; wieczorem występuje ostre bredzenie, chora niespokojna, rzuca się na łóżku. Pierwszego zaraz dnia przemycie macicy 50% alkoholem, wstrzyknięcie 3 flaszek surowicy przeciwpaciorkowcowej Bujwida. Wieczorem kol. D. wstrzyknął jeszcze raz surowicę. Następnego dnia chora spokojna; C 40^0, t 100, przytomność zupełna. Zaczęto wstrzykiwać codziennie elektrargol. Pomimo to 17, 18, 19 i 20 IX. ciepłota trzyma się około 40^0, dopiero 20. IX. spadła do $37{\cdot}5^0$. Przez 3 dni stan dobry, bezgorączkowy, euphoria. 25. IX. C. $37{\cdot}1^0$, $37{\cdot}8^0$, wiecz. 38, t. 95. Duszność. 26. IX. C. $37{\cdot}3^0$, $37{\cdot}3^0$, $38{\cdot}5^0$. t. 95. Ból w okolicy serca. 27. IX C. $37{\cdot}5^0$, $38{\cdot}5^0$. t. 105. Szmer skurczowy niewyraźny. Obrzęk obu stawów napięstkowych. 28. IX. C. w. $39{\cdot}3^0$, stawy goleniostopowe obrzmiałe. 29. IX. C. $38{\cdot}2^0$, $38{\cdot}9^0$, $39{\cdot}3^0$. t. 115. Natr. salicyl. w dosyć dużych dawkach. 30. IX. C. $38{\cdot}6^0$, $38{\cdot}9^0$, $38{\cdot}9^0$. t. 102. Oba stawy kolanowe i jeden barkowy zajęte. 29. IX. zaczęto znowu stosować elektrargol. 1. X. C. $38{\cdot}7^0$, $37{\cdot}9^0$, 38^0. Stawy lepsze. 2. X. C. $37{\cdot}6^0$, $37{\cdot}2^0$, $37{\cdot}4^0$ t. 80. Szmer słyszalny. 4. X. C. $36{\cdot}8^0$, $37{\cdot}8^0$. Elektrargol codzień stosowany. Od 5. X. stan prawidłowy. Z przebiegu przypadku kol. Dehnel wnosi, że typowy gościec stawowy ostry miał związek z gorączką połogową i wywołany był temi samemi drobnoustrojami, paciorkowcami.

W dyskusyi a) kol. Guzowski zapytuje, czy wykonano badanie krwi, na co otrzymuje odpowiedź przeczącą. b) Kol. Arnold sądzi, że przytoczony przypadek nie stanowi przyczynku do etyologii gośćca, ponieważ nie dowodzi zupełnie, aby gościec był pochodzenia paciorkowcowego. Stawy mogą być zajęte po rozmaitych zakażeniach. c) Kol. Wołkowicz wyraża zdanie, że ostry gościec stawowy jest ściśle ograniczoną jednostką kliniczną. Zajęcia stawów zdarzają się po różnych chorobach zakaźnych, jak płonica, czerwonka. Takie zajęcia stawów różnią się klinicznie od gośćca. W danym przypadku nie było właściwego gośćca. Nie wiemy właściwie, jakie paciorkowce wywołują gościec. Przy właściwym gośćcu salicylan sodowy jest jakby odczynnikiem. Co do działania elektrargolu dotychczas nic stanowczego powiedzieć nie możemy. d) Kol. Kotarski wypowiada przypuszczenie, że gdyby elektrargol był stosowany od początku, nie byłoby następczego gośćca. e) Kol. Perelman miał w ostatnim czasie 3 przypadki zakażenia poporodowego, w których stosował wyłącznie elektrargol z dodatnim wynikiem f) Kol. Puterman potwierdza zdanie prelegenta, że zarówno objawy początkowe sprawy popołogowej, jak i późniejsze zmiany chorobowe ze strony wsierdzia i stawów, były wyrazem ogólnego zakażenia, wywołanego tymi samymi drobnoustrojami. Mowca ostrzega przed zbyt pochopnem stosowaniem surowic leczniczych »na wszelki wypadek«, bez uprzedniego ustalenia zarazka danej sprawy chorobowej; wprowadzenie bowiem drogą parenteralną do ustroju ludzkiego obcego białka, jakiem jest surowica zwierzęca, niezawsze pozostaje bez ujemnych dlań następstw. (Autoreferat). g) Kol. Czajkowski uważa sprawę gośćcową w danym przypadku za dalszy ciąg zakażenia połogowego. Dziwi się, że kol. Dehnel tak prędko się zniechęcił do surowicy, a stosował elektrargol pomimo również braku spadku ciepłoty po pierwszych dawkach. Kol. Cz. przypuszcza, że bez elektrargolu ciepłota taksamo by spadła. h) Kol. Dehnel zaznacza, że w analogicznych przypadkach stosuje surowicę, ale przestaje, o ile nie widzi żadnego wpływu.

2) W dyskusyi nad odczytem kol. Czajkowskiego a) kol. Puterman podnosi zasługi prelegenta, jako gorliwego pracownika na polu naukowem, wskazując zarazem na niesprzyjające pracom naukowym warunki, wśród których znajduje się lekarz na prowincyi. Tym właśnie warunkom, których świat naukowy uwzględnić nie może, przypisać należy wiele braków, które spostrzegać się dają w pracach prelegenta »o sztucznych surowicach«, w pracach, nie pozbawionych poniekąd pewnych cech oryginalnych (łączenie ciał bakteryjnych z fermentami zwierzęcych narządów mięśniowych). Kwestyonując ustaloną przez prelegenta badaniem bakteryologicznem krwi etyologię gośćca, mowca zwraca uwagę, że ani Meyerowi i Menzerowi, odkrywcom morfologicznie różniących się między sobą zarazków gośćcowych, dotąd zresztą przez świat naukowy nie stwierdzonych, ani powszechnie znanym bakteryologom Jochmannowi, Schottmüllerowi i innym dotychczas nie udało się wykryć we krwi swoistych zarazków gośćca. Dla stwierdzenia swoistości zarazka, używanego przez prelegenta do wyrabiania surowicy przeciwgośćcowej, prelegent, zdaniem mowcy, 1) posługiwał się zbyt szczupłym materyałem, badając krew w ośmiu zaledwie przypadkach, 2) celem identyfikacyi zarazka nie posługiwał się wcale subtelniejszemi, powszechnie już dziś używanemi metodami biologicznemi: hodowlą zarazka na różnorodnych podłożach, metodą Pfeiffera, metodą odchylania dopełniacza Bordet i Gengou i innemi. W dalszym ciągu wskazuje mówca na pewną sprzeczność zdań w poglądach prelegenta na własności jego surowicy. W zasadzie prelegent przypisuje surowicy swej własności bakteryobójcze. Zestawiając zaś działanie jej z działaniem surowic przeciwpaciorkowcowych, otrzymanych przez innych badaczy drogą odmienną, prelegent znajduje »tak nadzwyczajne podobieństwo, że pomimo woli dojść musi do wniosku, iż działanie obu surowic jest jednolite«; tymczasem surowice te przeciwpaciorkowcowe, przynajmniej w danym przypadku, okazują zgoła inne własności, niż surowica prelegenta, a mianowicie antytoksyczne, co widzimy z następującego, przez autora przytoczonego ustępu: »Są jednak przypadki, w których nie można zauważyć żadnego wpływu surowicy na ciepłotę i pomimo to jednak i w tych razach częstość i jakość tętna, łaknienie i sen tak się poprawiają, że nie można zapoznawać tutaj antytoksycznego działania surowicy«. W innem znów miejscu, krytykując teoretyczne wywody autorów, mające uzasadnić ujemne działanie surowic przeciwpaciorkowcowych w posoczniczem zapaleniu wsierdzia, prelegent mówi: »Dlaczego wydalanie i zobojętnianie połączenia jadu z przeciwjadem ma się odbywać prędzej i bezpieczniej w ogólnym krwiobiegu, a w sercu gorzej, zrozumieć trudno«. Tutaj wyraźnie mowa o toksynie (jad) i antytoksynie (przeciwjad). Zdawałoby się więc z powyższego, że prelegent utożsamia surowice bakteryobójcze z antytoksycznemi, przeczy wszakże temu następujące twierdzenie autora: »Surowicy antytoksycznej nie można porównywać z surowicą bakteryobójczą. Zabijanie, niszczenie doszczętne zarazków..., a zobojętnianie jadów, znajdujących się w stanie rozpuszczonym we krwi samej, to różnica kapitalna«. (Autoreferat).

b) Kol. Dehnel nie może się zgodzić, że paciorkowce, wykryte przez kol. Cz., były rzeczywiście zarazkami gośćca; przynajmniej w pracy swej kol. Cz. tego nie udowodnił. Następnie kol. D. zwraca uwagę, że dawniej prelegent surowice swoje nazywał szczepionkami, obecnie nadał im miano surowic sztucznych. Nazwa, zdaniem kol. D., nie trafnie wybrana. Terapia, która trwała w 15 przytoczonych przypadkach od trzech tygodni do kilku miesięcy, nie jest przekonywająca; salicyl prawdopodobnie prędzej usunąłby wszystkie objawy. Sposób działania surowicy prelegenta jest niejasny i niewytłumaczony.

c) Kol. Weinzieher wyraża pewne wątpliwości co do wykrycia przez prelegenta zarazka gośćca, którego to zarazka dotychczas nikomu się ze krwi tak łatwo wyhodować nie udało; kol. W. sądzi, iż prelegent powinien był podać metodę swego postępowania, aby mogła być sprawdzoną przez innych badaczy.

d) Kol. Arnold widzi pewien tragizm w tem, że prelegent zaniechał uzyskania koncesyi na wyrób swoich surowic, wskutek czego ogół lekarzy pozbawiony jest możności stosowania ich i wypróbowania; zwraca uwagę, że surowica prelegenta według jego danych zawsze dobrze działa i nigdy nie zawodzi, wtedy, gdy inne surowice tem się pochwalić nie mogą, co wymagałoby pewnego bardziej przedmiotowego potwierdzenia; wreszcie, zdaniem kol. A., czystość języka w pracy kol. Cz. pozostawia wiele do życzenia.

e) W odpowiedzi kol. Czajkowski zaznacza, że nie mógł przytaczać w pracy swej metod badania i t. p., nie mógł bowiem rozwlekać pracy swej do nieskończoności. Co do biologicznego znaczenia surowic, to sprawa ta dotychczas nie jest rozstrzygnięta. Skład chemiczny surowicy kol. Cz. dotychczas nie jest ściśle określony; to wiadomo, że białka strącalnego nie posiadają. Prelegent uważa za zupełnie uprawnioną nazwę surowicy sztucznej. Co do zarzutu, że po salicylu wyniki byłyby prędsze, to zwraca uwagę, że w przypadkach, leczonych surowicą, żadne zmiany nie pozostały. Zarazek, otrzymany ze krwi chorych, najwięcej ma podobieństwa do »streptococcus mitis«, słabo rośnie, nie daje hemolizy, ścina mleko, żelatyny nie rozpuszcza.

S. Weinzieher.

42. Zjazd chirurgów niemieckich

(Berlin, 26—29 marca 1913)

podał

Dr Adolf Klęsk.

1) Garré (Bonn). **Leczenie gruźlicy kości i stawów.** G. donosi na mocy swego 19-letniego doświadczenia o wynikach leczenia gruźlicy kości i stawów (przeszło 1000 przypadków). Gruźlica stawu barkowego leczy się zwykle dobrze zachowawczo, a do wycięcia stawu nadają się tylko przypadki najcięższe, podobnie gruźlica stawu nadgarstkowego, biodrowego, w części stopy. Przy gruźlicy stawu łokciowego u dorosłych trzeba uciekać się często do operacyi, podobnie przy gruźlicy stawu kolanowego. U dzieci wczas zastosowane leczenie zachowawcze wiedzie niemal zawsze do celu. Leczenie zastoiną, podobnie jak i promieniami Röntgena, często zawodzi. Cenne usługi oddaje leczenie dyetetyczno-klimatyczne, zwłaszcza przy naświetlaniu promieniami słońca, choć wymaga długiego czasu.

2) Wrześniowski (Częstochowa). **Operacya i leczenie ropnej gruźlicy stawów.** Przy ropnej gruźlicy otwiera W. szeroko staw i tamponuje gazą po wyczyszczeniu, a zupełnie nie szyje; unika przez to tworzenia się przetok, lecz leczenie trwa długo i wywołuje zesztywnienie; udaje się jednak nieraz uratować kończyny, skazane dawniej na odcięcie lub co najmniej wycięcie stawu.

Dyskusya. a) Bier stosuje zastoinę i jodek potasu, który zapobiegać ma tworzeniu się ropni zimnych. b) Quervain nie operuje obecnie gruźlicy kości i gruczołów prawie zupełnie, lecz leczy klimatycznie. c) König zaleca również leczenie klimatyczne, a gdy tego ze względu na stosunki finansowe chorego przeprowadzić nie można, stosuje K. naświetlania miejscowe i ogólne lampą kwarcową. d) Wilms osiąga, zwłaszcza w gruźlicy gruczołów szyjnych, dobre wyniki zapomocą naświetlania promieniami Röntgena. Także lampa kwarcowa oddaje dobre usługi, choć nie działa tak głęboko, jak promienie słońca. Przy silnym odczynie Pirqueta W. nie operuje. e) Friedrich przestrzega przed podawaniem jodu u osób młodych, bo nieraz to leczenie wywołuje zanik jąder i jajników.

3) Müller (Rostock). **W sprawie powstawania i leczenia ropowicy gazowej.** Ropowica gazowa powstaje po uszkodzeniach, ranach postrzałowych, a także przy uszkodzeniach jamy ustnej po operacyach na żołądku i jelitach. Ciężkie przypadki dają jeszcze zawsze 80—85% śmiertelności. W leczeniu prócz szerokich nacięć polecają tlen. Najczęściej przyczyną ropowicy gazowej bywa »bacillus capsulatus aërogenes«.

4) Kausch (Berlin). **O kollargolu.** Przy sprawach septycznych niezłe nieraz usługi oddają śródżylne wstrzykiwania kollargolu (10 cm^3 2% rozczynu). Wstrzykiwać należy bardzo wolno; w razie braku skutku podwaja się dawkę. K. osiągał też polepszenia, stosując kollargol przy rakach, nie nadających się do operacyi.

W dyskusyi zwracano uwagę na częste po kollargolu zmiany w nerkach. Kollargol oddaje nieraz dobre usługi w ciężkiej róży.

5) Schlossmann (Tübingen). **Jaką praktyczną wartość mają oznaczania krzepliwości krwi w chirurgii?** Badaniom krzepliwości krwi przyznaje S. wielką wartość. Wykrywają one nieraz ukrytą krwawiączkę, a także przy żółcicy są niezbędne. Gdy czas krzepnienia jest o połowę krótszy, wtedy zwykle rokowanie jest poważne, gdy jest o połowę dłuższy, należy być przygotowanym na krwotok następowy. Badania krzepliwości przekonały również S., że działanie żelatyny i wapnia jest bardzo wątpliwe, natomiast najskuteczniej jeszcze działają soki, wyciśnięte z tkanek.

6) Wrede (Jena). **O miesieniu serca.** Przy miesieniu serca trzeba jako środki pomocnicze stosować wysokie ułożenie, przewiązywanie kończyn dolnych, wstrzykiwania przetworów nadnerczy i sztuczne oddychanie. Tkanki różnie znoszą brak krwi: mózg obumiera już po 15 minutach niedokrwienia, natomiast w sercu udaje się wywołać skurcze jeszcze po 24 godzinach. Miesienia serca trzeba próbować zawsze w przypadkach ostatecznych, bo nieraz może ono jeszcze wywrzeć jakiś skutek.

Dyskusya: a) Kümmel próbował tego zabiegu cztery razy i dwa razy udało się chorego wyratować. b) Siewers twierdzi, że miesienie działa szkodliwie na samo serce. c) Wendel podaje, że uratował w ten sposób także dwóch chorych. (C. d. n.).

O samarytanizmie

podał

Dr Adolf Klęsk

Dyrektor Domu samarytańskiego P. P. Ekonomek w Krakowie.

Uwagi niniejsze opierają się na przeszło dziesięcioletniem doświadczeniu mojem na polu samarytanizmu. Mając już obecnie setki uczennic, które owocnie nieraz pracują na tem polu, z zadowoleniem mogę stwierdzić, że wszelkie zarzuty, czynione

samarytanizmowi, okazały się bezpodstawnymi i pochodzą tylko z teoretycznego zapatrywania się na tę sprawę.

Zarzuty te są następujące: 1) Obznajmianie powierzchowne ludzi z nauką lekarską pobudza ich tylko do »leczenia« czyli partactwa na własną rękę. 2) Osoby takie szkodzą przez to interesom stanu lekarskiego, jak również chorym, bo w wielu przypadkach odciągają chorych od porady lekarskiej. Nim odpowiemy na te zarzuty, podajmy definicyę samarytanizmu. Samarytanizm ma dwa główne cele: 1) Udzielanie pierwszej pomocy w nagłych przypadkach, ew. opieka nad chorym aż do przybycia lekarza. 2) Opieka nad ciężko chorym, polegająca na obsługiwaniu chorego, wypełnianiu poleceń lekarskich, czuwaniu nad chorym, obserwacyi i donoszeniu lekarzowi o stanie chorego, przebiegu i powikłaniach choroby.

Już z tego zarysu widzimy, jak daleko od racyonalnego samarytanizmu do partactwa, bo mylne jest określenie samarytanizmu, jako udzielanie pomocy choremu przez nie-lekarza.

Na zarzuty, czynione samarytanizmowi, odpowiedzieć nie trudno. Jasną przecież jest rzeczą, że lepiej jest, by w nagłym przypadku udzielała pomocy osoba, mająca o tem pojęcie i pouczona o tem, że tu lekarz potrzebny, jak osoba, która z tem nigdy nic nie miała do czynienia. A przecież jedna z nich musi to uczynić, nim lekarz nadejdzie.

Dalej powszechnie znaną jest rzeczą, że są osoby, z natury już do partackiego leczenia skłonne. Te »leczyć« będą właśnie nie ucząc się samarytanizmu, a dopiero nauka tego, wstrzyma nieraz ich zapały, bo wtedy dopiero dowiedzą się o możliwych powikłaniach chorób i odpowiedzialności, jaka ich czeka w podobnych razach.

Zwalczanie czy nietolerowanie samarytanizmu ma ten skutek, że rozwija się on wbrew woli jego przeciwników, często pomagając ludzkości i właśnie odciągać mógłby chorych od lekarzy, a zwabiać ku pseudo-samarytanizmowi.

Rzecz prosta jednak, że nauka samarytanizmu powinna być racyonalną, prowadzoną jedynie przez lekarzy i wtedy staje się ona jedną z dzielnych broni przeciwko partactwu.

Ja osobiście zrobiłem właśnie spostrzeżenie, że uczennice moje, udzielające pomocy po wsiach, właśnie zawsze kierują chorych do lekarzy, nieraz przy najdrobniejszych uszkodzeniach i cierpieniach, z pewnością zaś nieraz i wtedy, kiedyby sam chory ani pomyślał o udaniu się do lekarza. Ale też kursa samarytańskie powinny być w tym duchu prowadzone.

Przez zbieg wypadków politycznych powstał obecnie zapał do samarytanizmu. Wielu kolegów z prowincyi zwróciło się też do mnie z zapytaniem, jak prowadzę moje kursa samarytańskie. Służyłem i służę wyjaśnieniami zawsze z ochotą, bo przez doświadczenie wyrobiłem sobie pod tym względem niejako technikę prowadzenia kursów, przekonawszy się, że pewne rzeczy są zbyteczne, a inne znów przy wykładach niezbędne. Plan moich kursów podałem też na konstytuującem posiedzeniu »Towarzystwa Samarytanina Polskiego«.

Bezwątpienia główną zasługę około rozwoju samarytanizmu na kontynencie Europy położył Esmarch. Pobudką do tego była dla niego bytność w Anglii, gdzie zobaczył działalność t. zw. »St. John-Ambulance-Association« (założone po wojnie w r. 1870/71). Po powrocie do kraju postanowił Esmarch urządzić coś podobnego w Niemczech, co też wprowadził w czyn w r. 1882 w Kilonii. Esmarch założył tam »Związek samarytański«, do którego przystąpiła zaraz cesarzowa Augusta, a po niej Fryderyka, a prezydentem był książe Henryk. Esmarch zorganizował wykłady samarytańskie, na których przez 5 godzin udzielano najpotrzebniejszych wiadomości, a mianowicie wykładano: anatomię, fizyologię, zranienia, uszkodzenia, zemdlenia, utopienia, zatrucia, cucenie chorych, sztuczne oddychanie, transport chorych, a wreszcie opiekę nad obłożnie chorym. Znane dziełko Esmarcha: »Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen« doczekało się kilkunastu wydań i zostało przetłómaczone w 25 językach. Na tych podwalinach samarytanizmu zaczęły rozwijać się różne związki samarytańskie, do których u nas między innemi należy »Sekcya szpitalna Stowarzyszenia Panien Ekonomek«.

Uznając w pełni potrzebę obu celów samarytanizmu, kształci się i u nas dwie kategorye uczennic; jedne w kursach dwumiesięcznych w udzielaniu pierwszej pomocy w nagłych przypadkach i opatrywaniu chorych, drugie w kursach 18-miesięcznych na zawodowe opiekunki chorych (pielęgniarki).

Panie, pobierające kursa samarytańskie, odbywają najpierw kurs teoretyczny, obejmujący 12 godzin. Na kursie tym wykładam (według godzin rozkładu): 1) anatomię i fizyologię, 2) aseptykę, 3) rodzaje i gojenie ran, 4) tamowanie krwotoków i ich rodzaje, 5) sztuczne oddychanie, ratowanie nieprzytomnych 6) uszkodzenia, ciała obce, 7 i 8) ćwiczenia w zakładaniu opasek 9 i 10) opieka nad obłożnie chorymi (typowe leki), 11) transport chorych, odkażanie, 12) choroby zakaźne, rak, gruźlica, higiena ciąży, porodu i dziecka. Następnie dopiero odbywają panie pod mojem okiem ćwiczenia praktyczne, opatrują chorych, stawiając im bańki, stosując wziewania, ogrzewania w aparatach z gorącem powietrzem, zakrapiając oczy, pielęgnując chorych w domu samarytańskim i t. d. W wykładach moich na każdym kroku zwracam uwagę na to, że pierwszą rzeczą zawsze jest posłanie po lekarza i przedstawiam zgubne skutki zaniedbania tej zasady.

Kursa te mają jeszcze inne znaczenie. Panie, biorące udział w kursach, zaznajamiają się z walką z chorobami zakaźnemi, poznają wartość i doniosłość donoszenia o podejrzanych przypadkach chorób zakaźnych, poznają doniosłość walki z gruźlicą, wczesnego odsyłania do lekarza chorego z podejrzeniem co do raka i t. p. Wielce w tym względzie są mi pomocne odpowiednie tablice kolorowe, przedstawiające straszne skutki zaniedbania wspomnianych cierpień.

Ciekawą jest rzeczą poznać przyczyny, dla których panie uczestniczą w kursach. Pomijam tu modę, która wszędzie stanowi jeden z poważnych czynników, a przechodzę do innych. Przeważnie panie twierdzą, że uczęszczają na kurs dlatego, by na wsi umieć udzielić pomocy w nagłym przypadku. Panie z miasta pragną znów mieć jakie takie wiadomości w razie choroby w domu, a są wreszcie takie, które uczą się samarytanizmu z zamiłowania, względnie celem dopełnienia wykształcenia. Nieraz ze samarytanek dyletantek wyrabiają się potem wzorowe zawodowe opiekunki chorych.

Dowodzić chyba nie trzeba, jak potrzebną jest instytucya zawodowych opiekunek chorych (pielęgniarek). Przez zawodową pielęgniarkę rozumiem jednak nie taką osobę, która tak się sama tytułuje, lecz osobę, która uzyskała odpowiednie wiadomości i doświadczenie szpitalne przy łóżku chorego.

Dotąd były u nas opiekunkami chorych osoby proste, które rekrutowały się przeważnie z byłych posługaczek szpitalnych i klinicznych. Jak ten materyał jest różny, wie dobrze niemal każdy kolega. I właśnie to było najgorsze, że idealni dozorcy chorych pozostawali zwykle w szpitalu długo, bo są tam zatrzymywani wszelkiemi siłami, natomiast osoby mniej do tego się nadające, po przebyciu kilku miesięcy w szpitalu lub klinice, szły »na miasto«, zajmując się pielęgnowaniem chorych. Ten gatunek »pielęgniarzy« uważam za najgorszy, bo właśnie bez żadnych naukowych podstaw, zbyt ufny w siebie, a przez to skłonny do partactwa. Kształcenie fachowe osób do pielęgnowania chorych, zwłaszcza osób inteligentnych, uważam za jedno z bardzo ważnych zadań medycyny. W innych krajach, zwłaszcza w Anglii i Niemczech, zawodowe opiekunki chorych cieszą się wielkiem uznaniem i stały się niemal prawą ręką lekarzy.

U nas kształcenie opiekunek chorych stało do niedawna jeszcze na bardzo nizkim poziomie. Od roku 1895—1900 istniała przy lwowskim szpitalu krajowym szkoła dozorczyń dla chorych, założona i utrzymywana kosztem Wydziału krajowego i Stowarzenia Czerwonego Krzyża. Wszystkiego odbyło się 6 kursów. Kurs nauki trwał 6 miesięcy, a ogólna liczba frekwentantek wyniosła 70. Konieczność reaktywowania tej szkoły i zakładania dalszych szkół, w pierwszym rzędzie dla Sióstr zakonnych w szpitalach publicznych, poruszył w r. 1907 w »Przeglądzie lek.« kol. Ciechanowski. Dzięki staraniom kol. Starzewskiego, dyrektora krajowego szpitala we Lwowie, została też w roku 1910 znowu otwarta taka krajowa szkoła przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie. Uczęszczać mogą do niej osoby zakonne, a wyjątkowo tylko świeckie (o ile jest miejsce wolne). Nauka trwa 5 miesięcy dla zwyczajnych uczennic zakonnych, a 10 miesięcy dla nadzwyczajnych uczennic świeckich. Nauka w szkole odbywa się codziennie od godz. 8—9 rano, nauka zaś praktyczna po oddziałach szpitalnych przez cały dzień do $6^1/_2$ wieczorem z przerwą $1^1/_2$-godzinną na obiad, jednogodzinną na kolacyę. Dyżury nocne od godz. 6 wieczorem do 5 rano odbywają uczennice na przemian. Z końcem kursu odbywa się publiczny egzamin wobec komisyi, wydelegowanej przez Wydział krajowy i Towarzystwo Czerwonego Krzyża, poczem uczennice otrzymują dyplomy.

Dzięki uprzejmości kol. Starzewskiego mogę podać o tej szkole bliższe szczegóły. Koszt całego utrzymania 24 uczennic zakonnych opłaca fundusz krajowy. Reszta uczennic korzysta z nauki bezpłatnie, musi jednakże koszta utrzymania pokrywać

z własnych funduszów. Ogólna liczba dotychczasowych uczennic wynosi 199. Z tej liczby było: 192 osób zakonnych, a mianowicie ze Zgromadzeń: Służebniczek N. M. P. 40, SS. Serca Jezusowego 26, SS. Miłosierdzia 39, SS. Józefitek 20, SS. Serafitek 18, SS. Rodziny Maryi 17, Służebnic N. P. M. greck.-kat. 14, reszta po kilka ze Zgromadzeń SS. Nazaretanek, Benedyktynek, Dominikanek i Urszulanek.

Program i zakres wiadomości udzielanych w szkole określa w głównych zarysach podręcznik kol. Starzewskiego »Pielęgnowanie chorych«, wydany w roku 1912 (Gubrynowicz — Lwów).

Jeżeli się zważy, jak cenną pomocą w szpitalach, zwłaszcza na prowincyi, są dla lekarza zakonnice, przyznać trzeba, że na tem polu przez prowadzenie szkoły lwowskiej położył kol. Starzewski wielkie zasługi. Miałem nieraz sposobność już w praktyce prywatnej oceniać wiadomości jego uczennic i przekonałem się, że mają one wykształcenie bardzo dobre i dają sobie znakomicie radę przy chorym.

Pozostała jednak jeszcze w pielęgniarstwie luka, a mianowicie kształcenie świeckich opiekunek chorych, tylko, a raczej głównie potrzebnych do praktyki prywatnej. Dzięki niestrudzonym staraniom krakowskich Panien Ekonomek, przy życzliwem poparciu SS. Miłosierdzia i dyrektora ich X. Słomińskiego, powiodło się nam w końcu niemałym nakładem pracy i kosztów założyć w Krakowie zawodową szkołę pielęgniarek.

Nauka zawodowego pielęgniarstwa odbywa się u nas w osobnym gmachu, do tego przeznaczonym, połączonym z internatem, choć i eksternistki, t. j. mieszkające na mieście uczennice, uczęszczają do szkoły. Rocznie kształcimy około 20 uczennic. W szkole naszej wykłada 6 profesorów, a kierownictwo spoczywa w sprężystych rękach kol. Damskiego, który wiele swego czasu tej pożytecznej instytucyi poświęca. Przedewszystkiem starano się o dobór odpowiedniego materyału uczennic tak pod względem fizycznym, jak moralnym i intelektualnym. Nauka trwa, jak wspomniałem, 18 miesięcy.

Przez pierwsze półrocze pobierają uczennice naukę podług następującego planu: anatomia (2 godz.), fizyologia (1), higiena i dyetetyka (2), ogólna nauka o chorobach i objawach (1), ogólne wykłady o pielęgniarstwie (4), aseptyka (2); prócz tego praktycznie pod mojem okiem uczennice kształcą się w ambulatoryum i naszym szpitalu, pomagają w opatrunkach, asystując przy operacyach, a wreszcie każda uczennica przez kurs ma najmniej 2 chorych, których pielęgnuje, obserwuje i na wizytach zdaje mi z tego ustnie i pisemnie relacyę. Nadto uczennice mają dyżury, w czasie których przygotowują materyał opatrunkowy, robią maści i rozczyny, wyjaławiają opatrunki, a wreszcie czyszczą i przygotowują sale opatrunkowe i operacyjną. Prócz tego jeszcze mają przez jedną godzinę tygodniowo naukę w kuchni, gospodarstwa domowego i sporządzania potraw dla chorych, a wreszcie pielęgnowania umysłowo chorych.

Na dalsze dwa półrocza idą uczennice na praktykę do szpitala św. Łazarza, przechodząc kolejno wszystkie oddziały, a prócz tego mają jeszcze wykłady z zakresu chorób zakaźnych, odkażania i repetytorya z poprzednich wykładów. Po kursie pierwszym odbywa się egzamin wobec szerszej komisyi i po złożeniu tego egzaminu zaczyna się praktyka w szpitalu św. Łazarza. Egzamin znowu po trzeciem półroczu z zadowalniającym postępem złożony, nadaje prawo do dyplomu, który wydaje Rada nadzorcza.

Marzeniem mojem jest jeszcze, byśmy w przyszłości kształcić mogli trzeci rodzaj uczniów, mianowicie kandydatów i kandydatki na posługaczy i posługaczki szpitalne. Konieczność szkół dla tej kategoryi osób wykazywał w r. z. w »Przeglądzie lek.« kol. Ciechanowski. Tutaj naturalnie nacisk główny byłby kładziony na kształcenie praktyczne, kurs trwałby krócej, udzielaneby były tylko najpotrzebniejsze wiadomości teoretyczne. Uczniowie tacy i uczennice nie byłyby oczywiście uprawnione do zawodowego pielęgnowania chorych w praktyce prywatnej. Mamy też zamiar urządzić biuro, które na życzenie lekarzy wysyłać im będzie do chorych opiekunki zawodowe.

Jeżeli już w czasie pokoju potrzeba samarytanek i pielęgniarek jest wielka, to zwiększy się ona znacznie w razie wojny. I tu przyznać trzeba ze smutkiem, braki są bardzo znaczne. Podług obliczenia st. generał-lekarza sztabowego Uriela, w razie wojny w Austro-Węgrzech liczba rannych może wynosić około 100.000, z czego 60.000 przypada na Austryę, a 40.000 na Węgry. »Czerwony Krzyż« może zaopiekować się zaledwo 10.000 zranionych i chorych tak, że 50.000 chorych musiałoby być oddane w opiekę inną, np. ochotniczą. Szpitale polowe przyjąć mogą po 200 zranionych, potrzebaby było zatem 250 takich szpitali, a 200 do 500 pokojów dla chorych (po 20 w każdej sali). Z obliczenia tego można już zdać sobie sprawę, jak wielkiej liczby samarytanek potrzebaby do obsługi tych chorych. Prof. Hochenegg z Wiednia, zajmujący się także żywo tą sprawą, oblicza potrzebę na 20.000 samarytanek, jeżeli weźmie się w rachubę szpitale dla rannych, dla zakaźnych, place opatrunkowe i place pierwszej pomocy, stacye chorych (Marodenhäuser) i t. d. Jest to liczba bardzo poważna, jeżeli się zważy, że z pań, uczących się samarytanizmu, co najwyżej połowa ofiarowałaby swe usługi dla rannych poza miejscem swego zamieszkania.

Zyskiwanie więc tutaj odpowiednich sił jest bardzo potrzebne i opiekunek tych w razie wojny nie może być nigdy za dużo. Wielką też zasługę będą mieć ci koledzy, którzy urządzają kursa samarytańskie lub przynajmniej namawiają i kierują w odpowiednie miejsca osoby, chcące się poświęcać zawodowemu pielęgniarstwu.

Zwiększyćby można szeregi samarytańskie przez wciągnięcie do nich za radą Hochenegga młodzieży akademickiej, a mianowicie głównie tych, którzy albo są jeszcze do wojska za młodzi, lub też niezdatni do służby wojskowej pod bronią. Zjednałoby się przez to dużo sił ochoczych, a co najważniejsze inteligentnych, pojmujących dokładnie ważność swego zadania.

Towarzystwo »Samarytanin polski«, pod egidą tak zasłużonego na polu działalności publicznej radcy dworu prof. Wicherkiewicza, może też poszczycić się pięknym plonem. W odbytych niedawno kursach, prowadzonych przez fachowych chirurgów, brało udział około 1300 osób, a ruch samarytański rozwija się żywo także na prowincyi.

Wreszcie konieczne jest w wielu zawodach także w czasie pokoju kształcenie w udzielaniu pierwszej pomocy w nagłych przypadkach. Tak np. powinny być kursa samarytańskie bezwarunkowo udzielanie nauczycielom i profesorom szkół ludowych i średnich, inżynierom i urzędnikom fabryk, straży pożarnej, a zwłaszcza policyjnej i żandarmeryi. Wykłady odbywają się już częściowo w seminaryach, na kursach pożarnictwa i t. p. Straż policyjna i żandarmerya powinna też być dokładnie zapoznana z udzielaniem pomocy w nagłych przypadkach, z walką z chorobami zakaźnemi i t. p. Policyanci wielu miastach zagranicznych odbywają też podobne kursa, a nawet mają zawsze na służbie torebkę z najważniejszymi środkami opatrunkowymi i lekarskimi. Podobnie ćwiczenia samarytańskie odbywają ze służbą kolejową lekarze kolejowi. Dodać tu trzeba, że kursu samarytańskiego słucha każdy chętnie, tak, że słuchacze ci należą zwykle do najpilniejszych. Rząd i kraj powinien przyjść z pomocą podobnym staraniom przez odpowiednie zasiłki, choćby tylko na sprawienie niezbędnych przyrządów, tablic i innych rekwizytów.

Myśleć o samarytanizmie poważnie dopiero wtedy, gdy praktyczna działalność jest już niezbędna, to za późno!

Szybki rozwój szpitali, zakładów leczniczych prywatnych i publicznych zwiększa stale zapotrzebowanie zawodowych opiekunek chorych. Zrozumiał to też rząd i w niedawno wydanem rozporządzeniu zapowiedział, że starać się będzie o popieranie

przy większych szpitalach kształcenia dozorców i dozorczyń chorych. Sprawa ta jest ważną także dla kolegów, kierujących szpitalami na prowincyi, zwłaszcza tam, gdzie personal lekarski jest szczupły, a gdzie prócz tego lekarze, i tak już przeciążeni pracą, muszą sami z powodu braku wyćwiczonej służby spełniać nieraz przy chorych czynności, zupełnie do nich nie należące.

Opieka nad chorymi jest wprawdzie zawodem ciężkim, ale bardzo wdzięcznym i pięknym, a co także ważne, obecnie z powodu braku sił dającym także niezły dochód. W tej też myśli kol. Wachtel ogłosił niedawno w »Czasie« artykuł, zachęcający nasze panie do poświęcania się temu szczytnemu zawodowi. Rozumiem dobrze, że i tu, jak na innych polach, zwalczać trzeba z początku różne trudności, a nawet zakorzenione przesądy, mam jednak nadzieję, że w niedługim czasie pomnożą się w społeczeństwie naszem szeregi pielęgniarek i powstanie, zwłaszcza dla kobiet, nowe pole skutecznej działalności w zawodzie, który cieszy się w krajach Zachodu nietylko powodzeniem, ale szczególną nawet czcią i szacunkiem społeczeństwa.

Zwracam się też jeszcze raz do kolegów, zwłaszcza z prowincyi, ze słowami zachęty do urządzania kursów samarytańskich. Niewiele to im zajmie czasu, przyniesie wielką korzyść naszemu społeczeństwu, a zarazem wpływać będzie uświadamiająco na ludność, zachęcając do rychłego wzywania lekarzy. W kursach tych można także podać w formie przystępnej wiadomości popularne z higieny, walki z gruźlicą i rakiem, co już chyba samo ma niezmiernie doniosłe znaczenie.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 23. IV. b. r. posiedzenie, na którem kol. F. Walter przedstawił chorego z oddziału prym. Borzęckiego, a Dr Blassberg miał wykład: »O fosfaturyi«. W dyskusyach przemawiali prym. Borzęcki, Dr Blassberg, Dr Edelman i doc. Seńkowski.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 19. IV. b. r. we Lwowie następującemi sprawami: 1. Zwalczanie chorób zakaźnych w szkołach. 2. Prywatne sanatoryum w Zakopanem. 3. Ulgi dla rodzin lekarzy i wdów i sierót po lekarzach w Krynicy. 4. Reorganizacya Krajowej Rady zdrowia. 5. Okręg sanitarny w Raniżowie w pow. kolbuszowskim. 6. Przeniesienie siedziby lekarza okręgowego w pow. zbaraskim.

— Uchwalona przez Towarzystwo lekarskie krakowskie w d. 19. IV. rezolucya w sprawie szpitala św. Ludwika opiewała, jak następuje: »Krakowskie Tow. lekarskie poczuwa się do obowiązku zwrócenia uwagi czynników miarodajnych na grożące miastu niebezpieczeństwo zniesienia kliniki i szpitala dla dzieci, oraz zmniejszenia i tak już niedostatecznej ilości łóżek dla chorych zakaźnych i upraszą Wydział krajowy, Koło polskie, Ministerstwo dla Galicyi i Namiestnictwo, aby temu grożącemu niebezpieczeństwu zapobiegły«.

— Otrzymaliśmy następujące pismo z prośbą o zamieszczenie: »Szanownych Kolegów internistów upraszam, aby zechcieli przybyć do kliniki medycznej w dniu 30. kwietnia o godz. 10 rano w celu zaopiniowania projektu statutu Internistów Polskich. W. Jaworski«.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stefan Karol Then, rodem z Wieliczki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. IV. do 19. IV. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych — † —), krztuśca 4, ospy wietrznej 4, płonicy 8 † 4 (— † —), odry 2 (—), duru brzusznego — † — (1 † —), czerwonki — † — (— † —), kuru 1, róży 2. Dr Janiszewski.

— Do nabycia tanio różne narzędzia lekarskie, dzieła polskie i niemieckie, m. i. »Nauka o chorobach wewnętrznych« prof. Jaworskiego, »Dyagnostyka różniczkowa« Biegańskiego, chirurgia prof. Rydygiera, ginekologia prof. Bylickiego, położnictwo prof. Jordana i Dobrowolskiego i w. i. u p. Zofii Mańkowskiej (Kraków, Batorego 29).

— O Krynicy doszła nas nader pomyślna wiadomość, mianowicie, że rząd centralny w Wiedniu zatwierdził ostatecznie projekt budowy łazienek hydropatycznych i borowinowych kosztem 1.000.000 koron.

Warszawa. Myśl utworzenia »Delegacyi lekarskich«, która może mieć bardzo doniosłe skutki, podał w Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy Dr Józef Jaworski. Delegacye takie tworzone przez Zarząd Stowarzyszenia, a złożone z 3—5 członków, odbywałyby wycieczki do większych miast prowincyonalnych i konferencye z lekarzami, przybyłymi z prowincyi do Warszawy, celem zapoznania się i zbliżenia z lekarzami prowincyonalnymi, zbadania stanu szpitalnictwa w kraju, stanu pomocy lekarskiej, urządzeń sanitarnych i t. d. i zbierania materyału do wydawania monografii sanitarnych. O ile delegacye takie znajdą oddźwięk wśród lekarzy prowincyonalnych, to, jak podnoszą pisma lekarskie warszawskie, wytworzą one spójnię lekarzy w całym kraju na różnych polach działalności lekarskiej, społecznej, oświatowej i kulturalnej, na czem zyskać może i stan lekarski i ogół społeczeństwa.

— W szpitalu Dzieciątka Jezus stanąć ma nowy pawilon chorób wewnętrznych na 180 łóżek kosztem 300.000 rubli.

— W Lublinie ma się odbyć w czerwcu lub w Lipcu Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego. Towarzystwo lekarskie lubelskie podjęło już starania o zezwolenie władz na ten Zjazd.

— Osobliwy, a rzeczywiście przygnębiające wrażenie budzący »nekrolog« pomieszcza w »Gazecie lekarskiej« (Nr 16) Dr A. Jarosiński. Jestto »wspomnienie« o szpitalu św. Pawła w Sterdyni, założonym przez Ludwikostwa Górskich za staraniem Dra Rosickiego w r. 1862. Szpital ten po 40 z górą latach pożytecznej działalności istnieć przestał i został 13. i 14. IV. b. r. z licytacyi sprzedany. Przyczyną tej ostateczności był brak funduszów, które płynęły z ofiarności publicznej dostatecznie aż do ostatniej ery bytu szpitala, zaznaczającej się wpływem względów politycznych. W tej erze ofiarność, rzecz prosta, słabnąć poczęła i w końcu zupełnie zanikła. Szpital ten miał 17 łóżek i leczył 300 chorych rocznie.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 14. IV. do 21. IV. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 2 † 1, duru wysypkowego —, róży —.
Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na porządku dziennym ogólnego posiedzenia Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu d. 5/18 kwietnia b. r. znajdowały się następujące wykłady: 1) Dr Gintyłło: Wrażenia z wycieczki na wojnę bułgarsko-turecką. 2) P. Dryjski: Problemat lokalizacyi zjawisk duchowych.

— W Tryeście pojawiły się przypadki choroby zakaźnej, wzbudzającej przypuszczenie nieznanego tam duru osutkowego. Dla stwierdzenia rozpoznania delegował rząd do Tryestu inspektora sanitarnego Dr Kuhna ze Lwowa.

Mianowani: Prof. Strasburger z Wrocławia dyrektorem polikliniki chorób wewn. we Frankfurcie n. M.; fizyolog prof. Fr. Hoffmann z Pragi profesorem w Królewcu.

Zmarli:

Dr Józef Pstrokoński z Warszawy zmarł w 43 r. ż. w Bordighera. Uzyskawszy w r. 1896 w Warszawie dyplom doktorski »cum eximia laude«, otrzymał stanowisko pomocnika profesora przy katedrze anatomii patologicznej w Warszawie, gdzie pracował do r. 1909. Ogłosił szereg prac kazuistycznych. Jednocześnie pracował w szpitalu Dz. Jezus na oddziałach Dr Sokołowskiego i Dunina przez lat 6, a następnie jako asystent Dr Watraszewskiego w szpitalu św. Łazarza, gdzie też wkrótce otrzymał stanowisko ordynatora.

Dr Karol Rudnicki w 56 r. ż. w Szczucinie, gdzie praktykował przez lat blizko 30, a wybierany przez szereg lat burmistrzem i członkiem Rady i Wydziału powiatowego, znaczne na tych stanowiskach położył zasługi.

Redakcya otrzymała: Bier: 1) W sprawie mola mącznego i jego tępienia w młynach. (Przegl. hig.). 2) O organizacyi nadzoru nad żywnością. (Zdrowie 1910). 3) Działalność c. k. Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie w r. 1907. 4) Toż za r. 1908. 5) Toż za r. 1909 i 1910. 6) Kukurydza i jej przetwory młynarskie sprzedawane w Galicyi jako pokarm ludzki. — Wincenty Puławski: Zapobieganie chorobom zakaźnym wśród ludu w osadach i wsiach (Zdrowie 1913). — Sędziak: O ciałach obcych w górnych drogach oddechowych i pokarmowych, oraz w uszach (Nowiny lek.). — Czajkowski: O leczeniu swoistem reumatyzmu (Nowiny lek.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 30. kwietnia 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye. 2) Dr Skórczewski: O wpływie leczenia radem na przemianę materyi.

Rok LII. Kraków, dnia 3. maja 1913. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę paratyfusu (duru wrzekomego) i duru mandżurskiego,

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

Pomimo, iż prątek paratyfusu B jest bardzo rozpowszechniony, zachorowania zdarzają się względnie rzadko. Zależy to od zmiennej chorobotwórczości drobnoustroju. Wogóle prątek paratyfusu B jest mniej jadowity od durowego. Doświadczenie wskazuje, iż te szczepy prątka paratyfusowego są chorobotwórcze dla ludzi, które u wyższych zwierząt, szczególnie krów lub cieląt, wywołały ciężkie schorzenia. Z drugiej strony mięso nie wszystkich zwierząt, przeznaczonych na rzeź, które pierwotnie lub wtórnie były zakażone przez prątki paratyfusu B bez względu na to, czy miały objawy chorobowe, czy też nie, jest dla ludzi niebezpieczne. Ponieważ poszczególne narządy zwierząt zawierają niejednakową ilość drobnoustrojów i ich jadów, przeto różnopostaciowem będzie cierpienie, przez nie wywołane, zależnie od ilości wprowadzonych do ustroju pierwiastków chorobotwórczych. Spożywanie mięsa surowego bądź co bądź jest szkodliwsze od spożywania mięsa gotowanego lub smażonego. Długie przechowywanie mięsa zwiększa jego jadowitość Lecz należy pamiętać, że i inne produkty spożywcze mogą być przenośnikami zarazy. Należałoby raczej zakażenie paratyfusowe zaliczyć do gatunku zatruć pokarmowych, a nie wyłącznie mięsnych.

Chory człowiek rzadko bywa źródłem zarazy. Wprawdzie zdarzają się przypadki przeniesienia zarazy z chorych na zdrowych, lecz daleko częściej źródłem zakażenia jest chore zwierzę lub zakażone przez nie produkty spożywcze.

Prątki paratyfusu opuszczają chory ustrój ludzki z kałem, moczem, a niekiedy z wymiocinami. Szczególniej uporczywie trzymają się prątki w moczu, w drogach moczowych, i nie ma sposobu, by je stamtąd usunąć. Przenośnikami zarazy mogą być także i zdrowi ludzie: 1) t. zw. roznosiciele prątków (Bacillen-Trager), którzy wydzielają je po przebytem cierpieniu, 2) t. zw. wieczyści gospodarze (Bacillen-Wirthe), którzy całe życie je wydzielają, sami zaś nie podlegają zachorowaniu albo wskutek przebytej w dzieciństwie choroby albo wskutek wrodzonej odporności. W kale chorych przy cierpieniu jelit prątki bawią krótko a tem dłużej, im łagodniejsze były objawy. W ostrych przypadkach znikają po 3—4 tygodniach, w przewlekłych zaś trzymają się długo. Pęcherzyk żółciowy, o ile się zdaje, rzadziej, niż w durze, jest stałem siedliskiem zarazka. Kayser u ozdrowieńców po paratyfusie w 6—7 tygodni po wyzdrowieniu znajdował prątki zarówno w kale, jak i w moczu. Schottmuller obserwował kobietę, która po przebytym ostrym paratyfusowym nieżycie żołądkowo-jelitowym przez 3 lata wydzielała mnóstwo prątków paratyfusowych, a pomimo tego w domu tym nie było więcej przypadków zachorowania. Również w oddziałach szpitalnych spotykał Schottmüller »gospodarzy« paratyfusowych, którzy jednak nie wywoływali epidemii szpitalnej.

Od chwili wykrycia prątka paratyfusu B. opisano wielokrotnie epidemię paratyfusową B. Spotykano ją we Freiburgu (Schottelius), w Holandyi (de Feyfe), w Jassach (Lion i Nege), w Saarbrücken (Conradi—Drigalski), w szpitalu Virchowa w Berlinie wśród personalu lekarskiego po spożyciu surowego befsztyku tatarskiego (v. Vagedes), w oddziale dziecięcym kliniki chirurgicznej w Jenie (Konrich), w Neunkirchen (Rommeler) po spożyciu transportu morskich ryb, w Warszawie (Jakowski), w Tarnobrzegu (Kučera), w Ameryce (Gwyn) w Artryck, Poznaniu, Düsseldorfie, Greifswaldzie i innych.

W Radomiu w lipcu 1912 r. w sobotę po kilkudniowych silnych upałach wśród ubogiej ludności żydowskiej po spożyciu potraw, przyrządzonych dnia poprzedniego i źle przechowywanych, wynikło gromadne zachorowanie wśród objawów cholery swojskiej. Z pośród 40 przypadków — 2 zakończyły się śmiercią. Z zawartości jelit, przesłanych do zbadania, kol. Wojczyński wyhodował typowego prątka paratyfusu B.

Poszczególne postacie paratyfusu B.

1) Ostry nieżyt żołądkowo-jelitowy, czyli cholera swojska paratyfusowa.

Zależnie od ilości wprowadzonych jadów (toksyn) i prątków oraz od stanu przewodu pokarmowego ustrój albo nie ulega schorzeniu, albo też występują objawy rozmaitego natężenia. Lekkie przypadki mogą przejść w cięższe, gdy

obok wprowadzonych jadów prątki, rozmnażając się w przewodzie pokarmowym, zatruwają ustrój w dalszym ciągu. Trudno strawne pokarmy, drażniąc jelita, wywołują chwilowe usposobienie do zachorowania; przeciwnie zaś pewna odporność narządów lub też błony śluzowej jelit, może nabyta w dzieciństwie wskutek przebytego cierpienia, stwarza niepomyślne warunki dla wtargnięcia do ustroju jadu, chroni od zachorowania lub łagodzi je. Bardzo wielka ilość jadu lub znaczna jadowitość prątków przełamuje odporność ustroju, w następstwie czego występuje zachorowanie. Wreszcie prątek przy pomocy swoich aggressyn niszczy odporność komórek, wskutek czego prątki nawet w przebiegu ostrego paratyfusowego nieżytu jelit mogą się przedostać do obiegu krwi za życia. To samo może się zdarzyć, gdy odporność ustroju jest zachwiana wskutek jakichkolwiek innych przyczyn. To wszystko tłómaczy dostatecznie, czemu ta sama ilość jadu i ta same drobnoustroje mogą wywołać całą skalę zachorowań, poczynając od lekkich biegunek, a kończąc na śmiertelnych przypadkach cholery swojskiej.

Objawy występują nagle; bóle w brzuchu, częste wypróżnienia barwy żółtej, mniej lub więcej rzadkie, z przymieszką śluzu. Biegunka trwa 1—2 dni, poczem następuje zaparcie. W pierwszych dniach brak łaknienia i nudności. Ciepłota rzadko bywa podwyższona.

(C. d. n.).

Nowotwory łagodne w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach.

Studyum kliniczne

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

(Dokończenie).

Co się tyczy siedziby tych t. zw. guzów krwawiących nosa, to zdania są podzielone; jedni, jak n. p. Schwager z kliniki Prof. Seiferta w Würzburgu — widywali je tylko na małżowinach nosowych (6 przyp.), inni (Cebb, Strazza) na przegrodzie nosa.

Ja również spostrzegałem włókniaki unaczynione wyłącznie na przegrodzie nosa, i to w przedniej części jego chrząstkowej na granicy błoniastej, (część dolno-przednia t. zw. locus Kiesselbachi). Wogóle występują one z upodobaniem wszędzie tam, gdzie znajduje się tkanka jamista (corpora cavernosa). W wielu przypadkach jednocześnie były zwykle polipy śluzowe w górnej części nosa (okolice średniej małżowiny), lub w jamie nosowo-gardłowej. Rozmiary tych guzów bywają różne, od wielkości grochu aż do orzecha laskowego. Są to guzy miękkie, mniej lub więcej czerwone. Guzy te należy zawsze badać pod drobnowidem, gdyż względnie dość często udaje się wtedy wykryć w nich charakter złośliwy (mięsak), jak tego dowodzi ogłoszony przezemnie przypadek (angioma cavernosum sarcomatodes), jakoteż 2 przypadki Gouguenheima i Helaryego[17] (sarcoma telangiectodes septi narium - angiosarcoma endotheliale septi nasi).

Natomiast do bardzo rzadkich nowotworów w jamach nosowych, należą chrząstniaki i kostniaki. Tak n. p. P. Heyman nie spostrzegał ich ani razu w swojej praktyce— ja również nie miałem takiej sposobności, naturalnie jeśli nie będę brać w rachubę niezmiernie za to częstych ograniczonych zgrubień chrząstkowych i kostnych (enchondroses et exostoses) pod postacią ości i listew. Przypadki chrząstniaków nosa opisali Morgan, Keath, M. Mackenzie etc., zaś kostniaków Spillman, Habermaas, Helferich, M. Mackenzie etc. Mogą one brać początek ze wszystkich prawie punktów jam nosowych, oraz bocznych zatok i dochodzić do znacznych rozmiarów (Spillman np. wspomina o kostniaku wielkości pięści, wagi 120 gramów).

Chłoniaki (lymphomata) nosa również należą do wielkich rzadkości (przyp. M. Schmidta, oraz u nas Szmurło, który zebrał z literatury wszystkiego 9 przypadków), Wreszcie istnieje w literaturze jeden przypadek (Gompersa) tłuszczaka nosa; ja zaś spostrzegałem przypadek niezmiernie rzadki kaszaka u wejścia do nosa u 12-letniego ucznia, oraz względnie często (12 przyp.) zewnętrznie na skrzydłach nosa i u wejścia do nosa włókniaki, bądź twarde, bądź miękkie, wiszące.

Objawy w przypadkach guzów łagodnych wzgl. polipów nosowych, zwłaszcza w początkach, mogą być nieznaczne, a nawet może ich nie być wcale. Świadczy o tem spostrzeżenie P. Heymanna, w którem tylko przypadkowo (z okazyi ciała obcego w krtani) stwierdził on obecność drobnych polipów w obu jamach nosowych; po latach 10 pozostały one bez zmiany, nie wywołując w dalszym ciągu żadnych objawów. Jurasz na 228 przypadków guzów wzgl. polipów nosa w 10 nie widział żadnych objawów. Ja również widywałem tego rodzaju przypadki, gdzie tylko przypadkowo znajdowałem polipy w nosie.

W każdym razie należy to do wyjątków, w większości bowiem przypadków obecność polipów w jamach nosowych wywołuje przedewszystkiem przez drażnienie stałe objawy nieżytowe, objawiające się wydzieliną śluzową lub śluzoworopną, z domieszką niekiedy czystej ropy w razie zajęcia ropnego zatok bocznych nosa, często krwawą, zwłaszcza w razie t. zw. guzów krwawiących, wyjątkowo cuchnącą, również ropną w przypadkach zajęcia ropnego zatok bocznych nosa.

Jednocześnie dołączają się objawy zatkania, t. j. mniej lub więcej wyrażona niedrożność nosa, bądź jednostronna, bądź z obu stron, mowa przybiera charakter nosowy; wszystko to naturalnie zależy od siedziby (rozszerzanie się sprawy nowotworowej ku tyłowi wzgl. jamie nosowo-gardłowej) i rozmiarów guza, przyczem w początkach guzy (polipy), zwłaszcza szypułkowe, podczas oddychania, zwłaszcza wydechu, oraz wycierania nosa wydają znamienny odgłos (bruit du drapeau francuskich autorów,— Fahnenflattern —niemieckich). Również w razie większej ilości polipów — zwłaszcza w jednej jamie nosowej — bywa, choć nie tak często i wybitnie, jak w przypadkach guzów złośliwych nosa, zniekształcenie zewnętrznego kształtu nosa.

Wogóle wobec tego, że polipy, jak to obecnie wiadomo, są wytworem zapalenia, same zaś również wywołują sprawy zapalne na błonie śluzowej nosa, przeto jest tu coś

[17]) Tumeurs cartilagineuses des fosses nasales. Thèse, Paris 1897.

w rodzaju »circulus vitiosus«; toż samo tyczy się i ropienia w jamach bocznych nosa, które może być zarówno przyczyną, jakoteż i następstwem polipów nosa.

Częściowy lub całkowity brak węchu, oraz smaku, bywa też dość częstym objawem polipów nosowych, zwłaszcza w razie zajęcia ropnego zatok bocznych nosa. Przynajmniej ja na 1143 przypadków stwierdziłem objaw ten w mniejszym lub większym stopniu 90 razy. Jurasz na 228 przypadków 9 razy stwierdził bezwęch zupełny, raz zaś tylko w połączeniu z zupełnym brakiem smaku.

Niezmiernie częstym objawem w razie obecności polipów w jamach nosowych są różnego rodzaju i natężenia bóle głowy wzgl. nerwobóle (n. supra- et intra orbitalis) bądź zwykłe, zależne najczęściej od jednoczesnego zajęcia zatok bocznych nosa (n. p. czołowe w razie zajęcia zatoki czołowej, potyliczne przy współudziale zatoki klinowej), bądź jako nerwice zwrotne pochodzenia nosowego (migreny). Na 1143 przypadków guzów łagodnych wzgl. polipów w jamach nosowych spostrzegałem objaw ten aż 180 razy, t. j. prawie 16%. Jurasz również często spostrzegał ten objaw (na 228 przypadków 51 razy, t. j. około 14%).

Również częste bywają w przypadkach polipów nosowych zaburzenia oczne (blepharitis et conjunctivitis, dacryocystitis et blenorrhoea sacci lacrymalis, diplopia, osłabienie wzroku aż do zupełnej utraty — amaurosis): przypadków tego rodzaju spostrzegałem w mojej praktyce 157, t. j. około 14%.

W jednym przypadku, dotyczącym 70-letniej wdowy, dotkniętej licznymi polipami nosa obustronnymi, spotkałem zupełną ślepotę, głuchotę, oraz dychawicę.

Jeszcze częstsze są zaburzenia ze strony narządu słuchowego, począwszy od nagromadzenia się woskowiny w zewnętrznym przewodzie oraz nieżytu trąbki, a skończywszy na nieżytowem, oraz ropnem zajęciu ucha środkowego, wyjątkowo wewnętrznego z większemi lub mniejszemi zaburzeniami słuchu, szumem i zawrotami. Przypadków tego rodzaju spostrzegałem 264, t. j. przeszło 23%.

Objawy nieżytowe, zależne od obecności polipów nosowych, zwiększają się podczas pory wilgotnej i przeciwnie, na co już zwracano uwagę w starożytności (Celsus), a więc na wiosnę, zwłaszcza zaś jesienią i zimą.

Niezmiernie też częste są zaburzenia w dolnych drogach oddechowych pod postacią nieżytu przewlekłego gardła, krtani, tchawicy, oraz oskrzeli, dalej rozedmy płuc, oraz t. zw. dychawicy oskrzelowej (nerwowej). Dychawicy spostrzegałem przypadków 102 (w tem 6 t. zw. gorączki siennej), co stanowi około 9%. Jurasz również względnie często spotykał to cierpienie w przypadkach polipów nosowych (na 228—15, t. j. 7·6%).

Jak wiadomo, w sprawie związku przyczynowego między tem cierpieniem a polipami wzgl. przerostem małżowin nosa, na co pierwsi zwrócili uwagę B. Fraenkel (1881), a zwłaszcza Hack z Freiburga (1882), nastąpiła duża zmiana w naszych pojęciach. Obecnie chyba nikt z lekarzy nie będzie utrzymywać za Hackiem, że każdy przypadek dychawicy wzgl. bólu głowy bezwarunkowo wyleczony być może przez usunięcie zmian miejscowych w nosie, a więc przedewszystkiem polipów. Z drugiej jednakże strony nie można zupełnie odrzucać tego związku, o czem przekonywa nas codzienna nieomal praktyka. Ja przynajmniej w 56 przypadkach, t. j. $^1/_4$, otrzymałem mniej lub więcej trwałe, gdyż niekiedy trwające lata całe wyleczenia dychawicy po operacyach polipów nosowych, między innemi n. p. u 43-letniego inżyniera lat 12, 46-letniego dyrektora lat 5, u 60-letniej wdowy lat 4, u 64-letniej mężatki lat 3, i t. p. Jurasz również na 15 przypadków w 5, t. j. $^1/_3$ części, widział wyleczenie dychawicy po operacyi polipów nosowych.

Oprócz bardzo częstych przypadków bólu głowy (migreny i t. p.), wyleczonych również po usunięciu polipów nosowych, spostrzegałem jeszcze (rzadko) nerwice odruchowe, w związku będące z tem cierpieniem, jak tego dowodzi skutek leczenia miejscowego resp. operacyi polipów nosowych. Są to mianowicie przypadki padaczki w liczbie 6 (z tych w 2 nastąpiło wyleczenie), mimowolne moczenie nocne przyp. 3 (1 wyleczony) i t. p. Ze zmian miejscowych w jamach nosowych, będących bądź następstwem polipów nosa, bądź tylko towarzyszących temu cierpieniu, wymienić przedewszystkiem należy mniej lub więcej znaczny przerost rozlany, bądź ograniczony do przednich i tylnych odcinków małżowin nosowych przeważnie dolnych (przyp. 108), następnie skrzywienia (deviationes arcuatae et angulares) przegrody nosa różnego natężenia oraz ograniczone zgrubienia chrząstki i kości na przegrodzie listwy, ości, — przyp. 93, wreszcie 72 razy istniały t. zw. wyrośle gruczołowate, t. j. przerost mniej lub więcej znaczny migdałka gardłowego (Luschkai). Z innych zmian, spotykanych przezemnie jednocześnie z polipami nosa, wspomnę tu tylko: rhinopharyngitis chr. wzgl. atrophicans s. sicca (90 przyp.), pharyngitis granulosa (30 razy), elongatio uvulae (6 razy), perforatio septi (12 razy), t. zw. nos siodełkowaty (Sattelnase, nez de mouton) (12 razy), zrosty przegrody z małżowinami (dolnemi) nosa 6 razy i t. p.

Bardzo interesujące są te przypadki, w których obok guzów wzgl. polipów nosowych istniały jednocześnie guzy łagodne lub złośliwe w górnych drogach oddechowych, pokarmowych, oraz uszach, mianowicie najczęściej w jamie nosowogardłowej (polipy 34 przyp.), 25 razy w uszach (polipy), 18 w gardle wzgl. jamie ustnej (guzy łagodne na języczku, łukach etc.), 11 w krtani (8 polipy, 3 raki), wreszcie w przełyku 2 razy (rak).

Dowodziłoby to specyalnego usposobienia wogóle do spraw zapalnych przerostowych w różnych narządach u jednego i tegosamego osobnika. W jednym przypadku, dotyczącym 20-kilkoletniej mężatki, której przed kilku miesiącami, jeszcze pannie, zoperowałem polipy nosa, w 5. miesiącu ciąży dokonano operacyi wycięcia guzów łagodnych (włókniaki, mięśniaki) macicy obok sztucznego poronienia.

Wreszcie z innych, ogólnych spraw chorobowych, wikłających w moich przypadkach polipy nosowe, wymienię tu tylko: wadę serca wzgl. tętniak aorty (paralysis recurrentis sin.) — 9 razy, przerost gruczołu tarczowego, czyli t. zw. wole — 12 razy, moczówka cukrowa — 6 razy itp.

P r z e b i e g w przypadkach polipów nosowych bywa po większej części powolny, długotrwały, średnio $^1/_2$ roku, do 37 (Jurasz) i więcej lat. Ja spostrzegałem niejednokrotnie dziesiątki lat trwające polipy nosa, między innemi u 40-letniego weterynarza obustronne polipy od lat 20.

R o z p o z n a n i e guzów łagodnych wzgl. polipów nosa nie jest trudne. Już samo badanie nosa od przodu (rhinoscopia anterior), zwłaszcza połączone z badaniem zapomocą zgłębnika nosowego, oraz częściowo z kokainowa-

niem, wykazujące ruchomość oraz miękkość w przeciwstawieniu z twardością małżowin przy przeroście lub przegrody nosa przy ropniu przewlekłym, dają wskazówki mniej lub więcej pewne. Co się tyczy odróżnienia od guzów gruźliczych, kilaków, wreszcie od nowotworów złośliwych (mięsaki, raki), jakoteż rozróżnienia oddzielnych odmian guzów łagodnych nosa (adenofibroma, papilloma, fibroma angiomatodes), to jest to ostatecznie możliwe (choć i tu bywają pomyłki) jedynie pod drobnowidem.

Rokowanie w przypadkach guzów łagodnych, wzgl. polipów nosa co do zupełnego wyleczenia jest niepomyślne. Nawroty cierpienia, zwłaszcza w przypadkach licznych drobnych polipków, są na porządku dziennym. Mam w leczeniu takich chorych, którzy od lat wielu parę razy do roku zmuszeni są poddawać się operacyom wycięcia polipów nosowych pomimo najdokładniej za każdym razem dokonywanego wycięcia z następnem wypaleniem galwanokaustycznem. Są to właściwie jednak nie prawdziwe nawroty, lecz poprostu przeoczone z powodu swoich małych rozmiarów polipki, które, rosnąc w dalszym ciągu, dają obrazy rzekomych nawrotów.

Natomiast pojedyncze, dużych rozmiarów polipy, których miejsce przyczepu z łatwością daje się odszukać i co za tem idzie, wypalić, stosunkowo rzadko dają powód do nawrotów.

Niewątpliwie musi w tych razach odgrywać też pewną rolę i usposobienie, bądź wrodzone, bądź nabyte, zwłaszcza drażnienie spływającą stale ropą w przypadkach zajęcia ropnego zatok bocznych nosa, co w wysokim stopniu sprzyja też nawrotom polipów nosowych. I dlatego oprócz leczenia operacyjnego samych polipów, należy w wielu razach zastosować i leczenie ogólne, oraz leczenie spraw towarzyszących, a zwłaszcza usuwać doszczętnie cierpienie zatok bocznych nosa (Highmora, czołowych).

Co do życia rokowanie w polipach nosowych jest pomyślne. Wyjątkowo chyba tylko guzy łagodne nosa przy sprzyjających warunkach, a jako takie niektórzy przyjmują drażnienie wskutek częstych zabiegów operacyjnych, mogą przejść w złośliwe (przypadki Hellmanna, Bayera etc.).

Czy wyleczenie samoistne guzów łagodnych resp polipów nosa jest możliwe? Na pytanie to można odpowiedzieć twierdząco, lecz tylko w tem znaczeniu, że guz wzgl. polip, osadzony na szypułce, może podczas silnego wytarcia nosa, lub kichnięcia, oderwać się i wypaść na zewnątrz. Przypadki takie spostrzegali P. Heymann (polip), Dunn (papilloma). Ja również miałem możność spostrzegać jeden tego rodzaju przypadek. Dotyczył on 9-letniej dziewczynki z prawostronnym szypułkowym polipem nosa, oraz wyroślami gruczołowatemi w jamie nosowogardłowej. W parę godzin po badaniu matka przyniosła polipek śluzowy wielkości migdała na szypułce cienkiej, który wypadł podczas silnego wytarcia nosa.

Leczenie guzów łagodnych wzgl. polipów nosa jedynie racyonalne — jest operacyjne. Inne metody (wypalania itd.) należą do historyi. Dawnymi czasy (jeszcze w starożytności Wilhelm z Saliceto etc., a tu i owdzie i dziś jeszcze, przeważnie przez chirurgów) bywał stosowany prawdziwie barbarzyński sposób wyrywania polipów nosowych kleszczami na ślepo, t. j. bez użycia wziernika nosowego, bez znieczulania miejscowego zapomocą kokainy. Dopiero w r. 1866 pierwszy Voltolini z Wrocławia zwrócił uwagę na niewłaściwość, a co ważniejsze, szkodliwość takiego postępowania. Bardzo często mianowicie podczas takiej operacyi wyrywano jednocześnie z polipami i całe małżowiny. Pominąwszy szalony ból przy takiej operacyi, zdarzać się mogą groźne niekiedy następstwa (krwotoki, zniekształcenie nosa itp.). Jakkolwiek Pirogow jeszcze w r. 1864 wyraził pogląd, że nos należy do mało »vulnerabiles« narządów, tak, że bezkarnie można wyrywać polipy nosa wraz z małżowinami, to jednakże były notowane przypadki śmierci po takiej operacyi, t. j. wyrywaniu kleszczami polipów z nosa (3 przypadki P. Heymanna z meningitis). Gdybyż przynajmniej owa rzekomo »doszczętna« operacya rzeczywiście okazała się się w następstwie doszczętną, t. j. zapobiegła nawrotowi. Niestety i tego powiedzieć nie można, jak to ilustruje następujący przypadek:

Przed laty kilkunastu miałem sposobność operować 74-letniego chorego, przybyłego z Kijowa. Chory opowiada, że przed 7 laty operowany był przez jednego z chirurgów w sposób powyżej opisany. Do lewej połowy nosa bez uprzedniego znieczulenia, na ślepo wprowadzono mocne kleszcze i z siłą należytą (przyczem chory doznał szalonego bólu), wyrwano dość dużych rozmiarów polip wraz z kawałkiem kości, przyczem wystąpił tak silny krwotok nosowy, że choremu poprostu groziła śmierć z ostrej niedokrwistości. Dopiero wlewanie soli kuchennej do żył — z trudnością chorego uratowało od niechybnej śmierci. Jednocześnie zauważył chory z lewej strony nosa dość znaczne zagłębienie, które dotąd istnieje. Podczas badania okazało się, że ze strony lewej brak większej (przedniej) części małżowiny średniej — z wyrostka zaś haczykowatego zwiesza się na dość grubej szypule polip wielkości orzecha włoskiego.

Początkowo chory nie chciał się zgodzić na operacyę, zrażony poprzednim niefortunnym rękoczynem, w końcu jednakże, zniewolony prośbami obecnego syna, przystał na zabieg. Polipa, po uprzedniem zakokainowaniu, wyjąłem pętlą gorącą bez bólu i bez kropli krwi.

Obecnie na szczęście sposób ten, rzeczywiście barbarzyński, został na zawsze zarzucony. Kleszczy jeszcze używają tu i owdzie (np. w Anglii), lecz tylko pod kontrolą lusterka.

Jedynem jednak racyonalnem i słusznie najwięcej też rozpowszechnionem narzędziem przy operacyach polipów nosowych jest pętla. Niektórzy autorowie (Zarniko, Hartmann, P. Heymann) najchętniej używają pętli zimnej. (P. Heymann widywał jakoby często, mianowicie 5 razy, różę po (?) użyciu galwanokaustyki), większość jednak rynologów, do których i ja się zaliczam, przekładają nad nią pętlę gorącą, t. j. galwanokaustyczną, gdyż unika się przez to krwawienia sam rękoczyn przytem jest mniej bolesny (nie trzeba wykonywać szarpań, pociągań, jak przy pętli zimnej, co dla chorych jest wysoce nieprzyjemne), wreszcie do pewnego stopnia, być może, zabezpiecza od nawrotów. Wprawdzie i po użyciu pętli zimnej zwykle stosuje się też następczo przypalanie pozostałych resztek polipa (korzenia), lecz bardziej to w teoryi, aniżeli w praktyce jest możliwe do wykonania, gdyż nie zawsze udaje się odszukać miejsce przyczepu po wycięciu polipa.

Co się tyczy pętli galwanokaustycznej, to składa się na nią przedewszystkiem 1) rączka uniwersalna (gdyż słu-

żąca jednocześnie i do kauterów) Kuttnera[18]), 2) rurka podwójna, w którą się wkłada zwykły drut stalowy (fortepianowy); platynowych drutów nie używamy, są bowiem niepraktyczne: gną się, co przy operacyi np. polipów nosowych stanowi wielką przeszkodę.

Z zimnych pętli najbardziej w użyciu są pętle Hartmana, służące jednocześnie do nosa, jamy nosowogardłowej, krtani i uszu, oraz Krausego, służące jednocześnie do kiuret krtaniowych — z gotowemi pętelkami z drutu[19]), co jest bardzo wygodne, gdyż nieużyteczną pętelkę łatwo można zdjąć i zastąpić inną.

Natomiast pętla M. Mackenziego, a właściwie odgniatacz (écraseur) (używane w Anglii, zwłaszcza w specyalnym szpitalu otolaryngologicznym na Golden Square w Londynie), jest niepraktyczna, przytem droga. Wreszcie podano całe szeregi innych jeszcze pętli (Jarvisa etc.) do operacyi polipów nosa.

Pętlę, czy to zimną, czy gorącą, zakłada się na polipa naturalnie pod kontrolą wziernika nosowego, co przy pewnej wprawie łatwo wykonać. Pewne trudności przedstawiają polipy ku tyłowi położone.

Rzecz prosta, że należy uprzednio dobrze zakokainować, zwłaszcza miejsce przyczepu polipów nosowych (same polipy są niebolesne). W tym celu ja używam do pędzlowań nosowych rozczynów (20—25%) kokainy i to z fabryki Mercka z Darmstadtu, jako najpewniejszej, przyczem tylko w 4 przypadkach zdarzyło mi się zatrucie kokainą, raz jeden tylko w wysokim stopniu u 40-kilkoletniej mężatki, histeryczki typowej (objawy ostrego obłędu). P. Heymann natomiast używa o wiele słabszych rozczynów (5—10%); zdaniem mojem mogą takie rozczyny być dostateczne jedynie zapomocą spreyu. Zwykle operuję obie naraz jamy nosowe w razie obustronnych polipów, Semon natomiast radzi zawsze poprzestawać na jednej. Jakkolwiek operowanie polipów nosowych, zwłaszcza zapomocą pętli galwanokaustycznej, zwykle bywa bez złych następstw, to jednakże niekiedy mogą się zdarzać powikłania, przedewszystkiem pod postacią mniejszych lub większych krwawień z nosa. Przypadków takich spostrzegałem w swojej praktyce 8, z tych najgroźniejszy dotyczył 46-letniego urzędnika, któremu wyjątkowo usunąłem polipy z prawej strony pętlą zimną.

Z innych powikłań na zaznaczenie zasługują zaburzenia ze strony narządu słuchowego. Spostrzegałem je jednakże bardzo rzadko, gdyż tylko w 3 przypadkach, przyczem raz jeden było ostre zapalenie błony bębenkowej, raz zajęcie ostre ucha środkowego bez ropienia u 30-letniej panny w parę dni po operacyi prawostronnej polipów nosa, wreszcie raz jeden ropne zapalenie ucha środkowego prawego u 13-letniej dziewczynki bezpośrednio po wystrzykaniu jamy nosowej prawej, z której usunąłem operacyjnie liczne polipy. Od tego czasu zaprzestałem zupełnie pooperacyjnych przestrzykiwań nosa, ograniczając się jedynie do zasypywania ortoformu, oraz do stosowania maści mentolowo-dermatolowej.

[18]) Rysunki tych pętli podane są w moim podręczniku chorób nosa (1897).

[19]) l. c.

Piśmiennictwo polskie[1]). 1) Koehler (L.): Operacya polipa, zajmującego całą jamę otchłani i obiedwie jamy nosowe. P. T. L. W. 1837. l. 197. — 2) Le Brun: Odjęcie wielkiego polipa nosa, głęboko zapuszczającego się do gardła zapomocą galwanokaustyki. Ibidem 1858. XD. 253. — 3) Tenże: Operacya polipa w jamie Highmora i lewem nozdrzu, dokonane w szpitalu Dzieciątka Jezus przez Langenbecka. Ibidem 1860. XLIII. 260. — 4) Minkiewicz: Kilkakrotne wyrywanie polipów nosowych. Tyg. lek. 1864. XVIII. 82. — 5) Tenże: Choroby dróg oddechowych. Gaz. lek. 1885. p. 233. — 6) Radziszewski: Wypadnięcie polipa znaczych rozmiarów z tylnej cześci przewodów nosowych do przełyku, chwilowy napad zaduszania, wycięcie od strony gardła, wyzdrowienie. Med. 1895, Nr 60. — 7) Kohn: Dwa przypadki krwawiących polipów przegrody nosowej. Gaz. lek. 1895, p. 1365. — 8) Lubliner: O polipie krwawiącym przegrody nosowej. Med. 1895, Nr 3. — 9) Baurowicz: O t. zw. polipie krwawiącym przegrody nosa. Przegl. lek. 1897, Nr 8 i 9.— 10) Tenże: Ważniejsze przypadki z oddziału Prof. Pieniążka dla chorób krtani, gardła i nosa w szpitalu św. Łazarza. Ibidem 1898. Nr 18, 19, 20. — 11) Erbrich: Przedstawienie guza jamy nosowej. Med. 1904, Nr 39, p. 828. — 12) Wróblewski: Przypadek krwawiącego polipa przegrody nosa. Ibidem 1904, Nr 38. p. 811. — 13) Łogucki: Przedstawienie włókniaka jamy nosowej. Med. 1904. Nr 39, p. 828. — 14) Majewski: Przedstawienie chorych po usunięciu polipów nosa. Kron. lek. 1904. Nr 17, p. 705.— 15) Pieniążek: Przedstawienie chorej z wielką ilością polipów w nosie. Czasop. lek. 1904, p. 349. — 16) Szmurło: Przypadek chłoniaka przegrody nosowej. Gaz. lek. 1912, Nr 35.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

K. Trunecek. **Tętnienie tętnic podobojczykowych jako ważny objaw stwardnienia aorty piersiowej.** (Casopis lékařův českých, 1913, Nr 9). W dołku nadobojczykowym prawidłowo nie można ani wzrokiem, ani dotykiem stwierdzić żadnego tętnienia. Tętnienie to zjawia się przy niedomykalności aorty, a czasem przy chorobie Basedowa. W obu tych razach przyczyna tego zjawiska jest znaną. Tensam objaw spotyka się jednak także u ludzi, dotkniętych miażdżycą aorty piersiowej, równocześnie z powiększeniem stłumienia aorty nad podstawą serca i z charakterystycznym dźwięcznym II tonem nad aortą, zamiast zaś I tonu stwierdza się nieraz ostry szmer. Zbiór tych objawów stanowi kliniczny obraz miażdżycy aorty piersiowej. Objaw przez autora zauważony pochodzi od tętnienia tętnicy podobojczykowej, które możemy śledzić w kierunku obwodowym. Autor nazwał je tętnieniem miażdżycowem. Ma ono charakter tętnienia tętniczego, jest równoczesne z uderzeniem lewej komory, niezawisłe od ruchów oddechowych, pod uciskiem palca nie ustępuje; jest ono widoczne pomimo, że tętnica podobojczykowa leży głęboko, głębiej niż np. tętnice szyjne, w tych przypadkach nie okazujące żadnego nieprawidłowego tętnienia. Siła tego tętnienia zależy od rozległości zmian w aorcie i od wydatności pojedynczych skurczów serca; zjawia się ono jednak i przy słabej czynności serca, a wtedy środki sercowe mogą ten objaw wzmocnić. T. tłómaczy ten objaw zmianą budowy histologicznej aorty przy miażdżycy i niezwykłem anatomicznem położeniem tętnic podobojczykowych wobec aorty. Odchodzą one prawie pod kątem prostym od tętnicy głównej, a wskutek tego krew, wpływająca z aorty, uderza głównie na wypukłą stronę tt. podobojczykowych, podnosząc tętnicę ku górze. M.

Doc. I. Waledinsky. **Wpływ kąpieli kwasowę-**

[1]) Z powodów, wyłuszczonych we wstępie monografii mojej, p. t. »O ciałach obcych w górnych drogach oddechowych, pokarmowych oraz w uszach«, której druk rozpoczął się w Nr 1 (jubileuszowym) Nowin lekarskich, podaję tu tylko spis prac polskich w porządku chronologicznym.

glowych na elektrokardyogram. (Zeitsch. f. phys. u. diät. Ther. 1913, I). Pierwsza kąpiel kwasowęglowa obniża wszystkie wzniesienia na krzywej kardyogramu, następne kąpiele mniejszy w tym kierunku wpływ wywierają. Stąd więc wynika, że kąpiel kwasowęglowa wpływa na czynność serca. Weissglas.

A. Obradovic. **Doświadczenia nad skutecznością Arsen-Liquo-Fersan.** (Österr. Ärzte-Ztg. Nr 13. 1912). Skład przetworu: Sol. arsen. Fowleri, extr. condurango, calc. glyc. phosph. Przetwór jest smaczny, aromatyczny, pobudza łaknienie, ulega łatwo wessaniu. W przypadkach gruźlicy, bladnicy i ogólnych chorób konstytucyjnych spostrzegał autor działanie wzmacniające i pobudzenie łaknienia, co odbijało się korzystnie na ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych. Podaje się 3 razy dziennie po 1 łyżce stołowej. Ms. W.

Wegerer. **Studya nad skórnym odczynem tuberkulinowym.** (Medic. Klinik, 1913, Nr 15). W. opisuje sposób, stosowany przez Schmidta w klinice lekarskiej w Insbruku, bardzo prosty i dostępny dla lekarza praktyka każdej chwili. Na klatce piersiowej wciera się palcem kroplę starej tuberkuliny (Alttuberculin) i celem poważniejszego wystąpienia próby nalepia na to kawałek leukoplastu. Po 24 godzinach zdejmuje się plaster i jeśli niema odczynu, nalepia się nowy i bada w drugie 24 godzin. Gdy i wtedy odczynu niema, zwykle już nie wystąpi, choć trzeba odczekać 4 dni. Stopnie odczynu: 1) guzki pojedyncze, 2) liczne a zliczalne, 3) tak gęste, że granic oddzielić nie można. Po tygodniu ślady odczynu znikają, co najwyżej pozostaje plama barwikowa. Swędzenie dowodzi, że odczyn będzie dodatni. Objawy ogólne nie występują. Poprzednie drażnienie skóry osłabia odczyn (np. jodyna, gorczyca i t. p.). Przy pewnych chorobach występuje odczyn bardzo często, a należą tu ostry gościec stawowy, zapalenie płuc i dur brzuszny. Natomiast przy gruźlicy prosówkowej odczynu niema, tak że może to służyć za sposób wyłączania tejże choroby, względnie odróżnienia od duru. Gdy przy gruźlicy wybitnej odczyn jest ujemny, rokowanie się pogarsza. W odróżnieniu od próby Moro nie poleca Schmidt żadnej maści, lecz wciera samą starą tuberkulinę. A.

Saxl. **O leczeniu wapniem.** (Medic. Klinik. 1913, Nr 15). Wapń odgrywa w ustroju wielką rolę. Podług Jaquesa Loeba jest on niejako odtrutką na sole sodowe w ustroju, bo gdy tamte działają podniecająco, wapń działa porażająco. Podobnie zobojętnia on trujące działanie kwasów, zwłaszcza, że kwasy podnoszą pobudliwość układu nerwowego na adrenalinę. Podobnie sole wapniowe zobojętniają działanie pilokarpiny i fizostygminy. Sole wapniowe działają też skutecznie (a brak ich wywołuje właśnie chorobę) przy nadmiernej działalności tarczycy i ciałek przytarczycznych, a w końcu przy schorzeniach kości i skłonności do krwawień. Wskazaniami do stosowania soli wapniowych są: tężyczka, padaczka, choroba Basedowa, pląsawica, hypertyreoidyzm, krwawiączka, plamica, gnilec i długotrwałe krwawienia. Wapń posiada też własność wstrzymywania tworzenia się wysięków i dlatego polecają go po ich wypuszczeniu jako środek zapobiegawczy. W końcu stosuje się wapń przy krzywicy i zmięknieniu kości, względnie celem pobudzenia kości do lepszego zrastania się po złamaniach. Stosowanie przez usta jest znacznie mniej skuteczne, niż wstrzykiwania. Kayser poleca: »Rp. Calcii chlorati 20,0, syrup. simpl. 40,0, aq. dest. ad 400,0, S. Co 2 godziny łyżkę«. Najlepiej skutkują jednak wstrzykiwania śródmięśniowe t. zw. »Kalcine« Mercka (5 cm na raz), t. j. 5% chlorek wapnia z żelatyną; wskutek dodatku żelatyny nie tworzą się ropnie i nie są te wstrzykiwania bardzo bolesne. Polecają też mleczan wapnia 3 razy dnia po 1,0 wewnętrznie. A.

Neurologia.

Prof. Eulenburg: **Postępy w dyetetyczno-farmaceutycznem leczeniu padaczki.** (Med. Klinik 1913, Nr 5). Już Rochet i Toulouse wskazali na dobre wyniki leczenia padaczki przez usunięcie soli kuchennej z pożywienia i zastąpienie jej bromem. Leczenie, podane przez Balinta, t. zw. leczenie bromopanem, było znacznym postępem w tym kierunku. Balint zalecał podawać epileptykom chleb (bromopan), na 100 gr. zawierający 1 gr. NaBr; Schnitzer znów podał podobne suchary, (zwane przezeń »spasmosit«) które miały tę zaletę, że dawały się dłużej przechowywać niż chleb. Jednakże cała przez Balinta w padaczce zalecana dyeta, złożona z chleba pszennego, mleka, masła, jaj surowych i gotowanych owoców z jednej strony za mało zawiera kaloryi, z drugiej jest za monotonna, łatwo wywołuje u chorych przesyt i zniechęcenie. Ogromny postęp i ulepszenie stanowi wedle autora niedawno przez fabrykę F. Hoffman-La Roche wytworzony przetwór »sedobrol«, wypróbowany przez Ulricha w Zurychu z najlepszym skutkiem. Są to kostki na kształt kostek bulionu, wagi 2 gr., zawierające każda 1,1 gr. NaBr, 0·1 NaCl, jakoteż substancyę wyciągową, jak kreatynę, kreatyninę w małej nieszkodliwej ilości, a działającą bardzo podniecająco na apetyt. Dyeta niesłona, a więc bez smaku i nie podniecająca apetytu, a nawet przeciwnie budząca z czasem wstręt do jadła, przemieniona została przez »sedobrol« na smaczną i podniecającą apetyt. By sporządzić bulion, daje się jedną taką kostkę na 100—200 cm³ gorącej wody, do płynów przeznaczonych na sos do mięsa 1—3 kostek na 100 cm³. W ten sposób można podać choremu przez dzień wielkie ilości bromu bez ujmy dla apetytu chorego i smaku potraw. Ulrich podaje w świeżych przypadkach jedną kostkę dziennie do obiadu; co tydzień podając o jedną więcej, aż do 5—6 kostek dziennie, osiągnął bardzo dobre wyniki. Cena nizka (100 kostek 7·60 M). umożliwia stosowanie sedobrolu w szerszej praktyce. Mondschein.

Higier: **Operacye Foerstera, Spitzyego, Stoffela. w przypadku porażenia skurczowego po ostrem zapaleniu mózgu.** (Gaz. lek. 1913, Nr 5). U chorej H. w 3 lata po przebyciu ostrego zapalenia mózgu pozostało porażenie skurczowe jednej ręki. Palce lekko zgięte we wszystkich stawach, ręka skurczona w stawie napięstkowym; brak zaburzeń czucia, odruchy ścięgniste i okostne żywe. Po bezskutecznem leczeniu farmaceutycznem i mechanicznem poddano chorą operacyi przecięcia tylnych korzeni rdzenia metodą Foerstera, aby tą drogą usunąć zależną od przykurczeń spastycznych niedomogę ruchową. Przecięto część C_5, cały C_7, C_8 Dr. Wynik operacyjny był ujemny, zupełne porażenie rozginaczy palców. Po miesiącu poddano chorą drugiej dodatkowej operacyi metodą Spitzyego: odpreparowany pęczek nerwu pośrodkowego ramienia wszczepiono w nerw promieniowy. Ale i teraz wynik był minimalny pomimo długotrwałego następowego leczenia zapomocą kąpieli, miesienia, elektryzacyi i gimnastyki.

Po pierwszej operacyi metodą Foerstera pozostało stałe znieczulenie w obrębie 2 ostatnich korzeni szyjnych i 2 górnych grzbietowych, co się sprzeciwia twierdzeniu Foerstera, że nigdy zaburzeń czucia po operacyi nie zauważył; H. przypuszcza, że przyczyna tych zaburzeń leży w przecięciu tętnicy, towarzyszącej danemu korzonkowi, stąd zmienione zostaje i upośledzone podłoże anatomiczne przewodnictwa czucia i odruchów w znacznie większym stopniu, aniżeli to topograficznie odpowiada wyciętym korzeniom. Chora ta poddana w końcu została ponownej operacyi metodą Stoffela. Metoda ta polega na osłabieniu przykurczeń przez wyłączenie i przecięcie gałązek ruchowych odpowiednich mięśni skurczowych i to w miejscu wniknięcia nerwu do mięśnia, lub też w samym pniu nerwowym, jednocześnie zaś wzmacnia muskulaturę antagonistyczną drogą gimnastyczno-ortopedyczną. Rozszczepiając nerw w jego otoczce na oddzielne pęczki i poddając je badaniu elektrycznemu prądem stałym przy pomocy elektrody cienko zaostrzonej, można wyodrębnić poszczególne tory dla oddzielnych grup mięśniowych. U danej chorej

przecięto: z trzech pęczków zginacza palców powierzchownego dwa, z 3 pęczków zginacza palców głębokiego również dwa, a z 5 pęczków zginacza promieniowego nadgarstka — trzy. Skurcz po operacyi zmniejszył się znacznie w ostatnich trzech palcach, a częściowo i w stawie napięstkowym. Ruchy czynne ręki i palców nie uległy żadnemu polepszeniu. Hs.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 7. kwietnia 1911 r.

1) Czł. A. Prażmowski przedstawia pracę: **O jądrach komórkowych bakteryi.** Stwierdziwszy w r. 1911, że azotobakter posiada prawdziwe jądra komórkowe, które odżywiają się, wzrastają, dzielą i we wszystkich procesach życiowych komórki, zwłaszcza w wegetatywnem i fruktyfikatywnem rozmnażaniu komórek rozstrzygający biorą udział, autor starał się w dalszym ciągu zbadać, czy i inne bakterye mają takie same jądra komórkowe, jak one zachowują się i jaką rolę w życiu tych bakteryi odgrywają. Pobudką do podjęcia tych badań były studya morfologiczne i fizyologiczne nad szeregiem bardzo rozpowszechnionych, ale mimo to morfologicznie mało znanych i niedostatecznie zbadanych bakteryi. W pracy niniejszej zdaje autor sprawę tylko z kilku zbadanych morfologicznie i cytologicznie gatunków, w szczególności: »bacterium fluorescens, nitrobacter, nitrosomonas, streptococcus acidi lactici«, poprzedzając treściwy ich opis uzupełniającemi badaniami nad jądrami komórkowemi, »bacillus amylobacter, b. tumescens« i częściowo nad azotobakterem. Autor udowadnia, że wszystkie badane bakterye mają jądra komórkowe takie same, jak azotobakter, które w okresie wegetatywnego rozmnażania się komórek tak samo się zachowują, a tylko w okresie owocowania okazują pewne nie zasadnicze różnice, zależnie od tego, czy dana bakterya tworzy zarodniki wewnętrzne, czy inne formy spoczynkowe. W stanie zarodników jądra komórkowe bakteryi znajdują się w stanie rozpuszczenia i zmieszania z treścią plazmatyczną zarodka, a wyosabniają się jako jądra indywidualne w okresie kiełkowania i utrzymują w tym stanie przez cały okres życia wegetatywnego.

2) Czł. Nap. Cybulski przedstawia pracę p. Fr. Czubalskiego: **Wpływ adrenaliny na charakter prądów czynnościowych w mięśniach.** Prace Abelous i Langlois, Albanese i Radwańskiej stwierdziły zależność pomiędzy zdolnością do pracy mięśniowej a obecnością w ustroju nadnerczy, względnie adrenaliny. Autor, chcąc bliżej wejrzeć w istotę tego zjawiska, zastosował do badań galwanometr strunowy Einthovena. Badania autor prowadził na żabach. Robił początkowo zdjęcia prądów czynnościowych z jednego mięśnia łydkowego żaby normalnej, następnie wypalał tej żabie nadnercza i po kilkunastu lub kilkudziesięciu godzinach robił zdjęcie z mięśnia łydkowego drugiej łapki. W ten sposób wykonane doświadczenia doprowadziły do następujących wniosków. Po usunięciu nadnerczy zmniejsza się nadzwyczajnie pobudliwość nerwów ruchowych, aparat nerwowo-mięśniowy bardzo szybko wyczerpuje się; co najciekawsze, znika zupełnie II faza prądów czynnościowych. Autor przekonał się dalej, że wśródżylne wprowadzanie rozczynu adrenaliny żabom pozbawionym nadnerczy, znosi wszystkie te charakterystyczne zmiany; wyprowadza stąd wniosek, że zaburzenia w ustroju pozbawionym nadnerczy są następstwem braku adrenaliny w organizmie. Opierając się na teoryi prądów elektrycznych w tkankach, wypowiedzianej przez Cybulskiego, autor formułuje swój pogląd na rolę adrenaliny w pracy mięśniowej ustroju w sposób następujący. Rola adrenaliny w ustroju między innemi polega na tem, że działa ona prawdopodobnie przez nerwy ruchowe na mięśnie prążkowane, regulując w tych mięśniach procesy dysymilacyi i asymilacyi w okresie ich czynności, przez co umożliwia dokładniejszą i wydatniejszą pracę mięśniową

3) Sekretarz zawiadamia, że dnia 14 marca b. r. odbyło się posiedzenie Komisyi historyi nauk matematycznych i przyrodniczych, na którem m. i. Prof. Adam Wrzosek przedstawił rękopis pracy botanicznej Tytusa Chałubińskiego (1820—1889) p. n. »Zur Entwickelungsgeschichte der Spaltöffnungen«, napisanej w 1845 roku na podstawie badań drobnowidowych, wykonanych w pracowni Prof. Schenka w Würzburgu. Pracę tę, nieznaną biografom Chałubińskiego, znalazł sprawozdawca w Zakopanem w domu Chałubińskiego wśród wielu jego rękopisów, zawierających przeważnie streszczenia różnych dzieł naukowych. Niewiadomo, czy praca, o której mowa, była drukowana. Zasługuje ona na uwagę, ponieważ zajmuje się zagadnieniem, mało wówczas opracowanem, stanowiąc przyczynek do historyi rozwoju roślin, nauki która zaledwie zaczynała się rozwijać w czasach, w których Chałubiński rozprawę napisał.

Następnie podał prof. Wrzosek kilka wiadomości, zaczerpniętych w aktach archiwum Uniwersytetu Jagiellońskiego, o ogrodzie i folwarku w Łobzowie, które Szkoła Główna Koronna przeznaczyła w r. 1789 na urządzenie w nich, między innemi, pola doświadczalnego, na którem uczniowie szkół średnich mogliby poznawać praktycznie rolnictwo i rzeczy, ścisły z niem związek mające. Sekretarzem komisyi na następne trzechlecie wybrano prof. Wrzoska.

(Na temże posiedzeniu Wydziału przedstawiono jeszcze 6 prac, których przedmiot przekracza ramy »Przeglądu lek.«).

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 19. stycznia 1913 r.

I. Kol. Biegański poświęcił kilka słów pamięci zmarłego w Częstochowie kol. Bellona. Gnębiony oddawna chorobą piersiową, w ostatnim czasie nie brał kol. Bellon żywszego udziału w pracy Towarzystwa, ani na chwilę jednak nie przestawał interesować się postępami wiedzy lekarskiej i ogólnoludzkiej. Jego działalność lekarską cechowała głęboka znajomość przedmiotu i krytycyzm w leczeniu. Zacny i niezwykle prawy charakter jednał mu ogólny szacunek i sympatyę. Pamięć kol. Bellona uczczono przez powstanie z miejsc.

II. Kol. Wacław Kohn przedstawił chorego l. 43 **z napadami żołądkowymi na tle wiądu** rdzenia. Od sześciu lat występują co kilka tygodni bardzo silne bóle w okolicy żołądka i wymioty, które trwają około 8 dni z rzędu. Przez długi czas cierpienie to było rozpoznawane i leczone, jako wrzód żołądka. Przy pierwszem badaniu w czerwcu 1912 r. kol. Kohn stwierdził, że czynność wydzielnicza żołądka jest zupełnie prawidłowa. Wobec zniesienia odruchów kolanowych i dodatniego odczynu Wassermana, skierował chorego do Buska. Poprawa trwała krótko. W ostatnich czasach zauważono bezład, nierównomierność źrenic, brak oddziaływania na światło, bardzo słabe oddziaływanie na przystosowanie.

W dyskusyi a) kol. Biegański podnosi, że napady żołądkowe stanowią nieraz najwcześniejszy objaw wiądu rdzenia. Okresowy charakter bolów w postaci charakterystycznych napadów i niezależność od rodzaju pożywienia odróżnia tę chorobę od wrzodu żołądka. Napady bólu występują często pod wpływem wzruszeń. Podczas napadu stwierdzano nadmierne wydzielanie soku żołądkowego,

w okresach wolnych — czynność wydzielnicza żołądka prawidłowa. Napady żołądkowe łączą się często z zaburzeniami w zakresie nerwów czaszkowych, kol. Biegański spostrzegał u 38-letniego mężczyzny połączenie z dusznicą bolesną. W leczeniu pierwsze miejsce zajmuje morfina. b) Kol. Rozenfeld zaleca ostrożność w stosowaniu morfiny z powodu szybko rozwijającej się u tych chorych morfinomanii. Odróżnienie napadów żołądkowych od wrzodu czasami połączone bywa z wielkiemi trudnościami. Oprócz napadów, występujących okresowo i niezależnie od rodzaju pożywienia, Dejerine opisuje jeszcze drugą postać tej choroby, w której każde przeciążenie żołądka lub wykroczenie w odżywianiu wywołuje charakterystyczny napad. c) Kol. Stefan Kohn nadmienia, że w uśmierzaniu bólów pewne usługi może oddać galwanizowanie żołądka.

III. Kol. Rozenfeld. **Dychawica oskrzelowa i gruźlica płuc.** (Będzie drukowane w »Przeglądzie lekarskim«).

IV. Kol. Rozenfeld przeczytał sprawozdanie roczne z działalności naukowej Towarzystwa za rok 1912. Towarzystwo liczyło 30 członków rzeczywistych, jednego członka korespondenta, jednego ofiarodawcę i 3 członków honorowych. Posiedzeń było 12, z których jedno nadzwyczajne. W posiedzeniach brało udział od 16 do 23 członków. Pokazy i odczyty były następujące:

1) Pokazy preparatów: 1) kol. Wacław Kohn — Hodowle bakteryi świecących i szereg preparatów pod drobnowidem i na ekranie; 2) kol. Stefan Kohn — pokaz racyonalnej opaski brzusznej.

2) Pokazy chorych: 1) kol. Biegański — przypadek wzrostu olbrzymiego, przypadek porażenia opuszkowego, przypadek kurczowego kręcenia głową; 2) kol. Wasilewski — 2 przypadki pląsawicy; 3) kol. Stefan Kohn — dwie chore, z których jedna była operowana z powodu torbieli jajnika, a druga z powodu wypadnięcia macicy i pochwy; 4) kol. Perłowski — przypadek kilaka mózgu; 5) kol. Rozenfeld — przypadek porażenia kurczowego kończyn dolnych, przypadek pląsawicy i atetozy wrodzonej, zagadkowy przypadek cierpienia mózgu (guz gruźliczy?).

3) Medycyna teoretyczna: kol. Biegański. Teorya hormonów i organoterapia. Nowsze badania nad unerwieniem i ruchem jelit.

4) Medycyna praktyczna: 1) kol. Stefan Kohn: O krwotokach macicznych, o rozpoznawaniu i leczeniu wiewióra u kobiet; 2) kol. Markowski: O wstrzykiwaniach jodku potasu przy rozpoczynającej się zaćmie; 3) kol. Rozenfeld: Rozpoznawanie i leczenie gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych, nowe prądy w badaniu i leczeniu chorób nerkowych, o niektórych własnościach surowicy końskiej prawidłowej, badanie ciśnienia krwi z pokazem sfigmomanometru Riva-Rocci i oscylometru Pachona; 4) kol. Kaniawski: O cholerynie dziecięcej.

5) Kazuistyka: 1) kol. Brzeziński i Perłowski: Przypadek białaczki ostrej; 2) kol. Wacław Kohn: Przypadek moczenia mleczystego; 3) kol. Łokczewski: Rzadki przypadek padaczki; 4) kol. Rozenfeld: 2 przypadki ostrej gruźlicy płuc, leczonej surowicą przeciwgruźliczą Marmorka; 5) kol. Szaniawski: Przypadek krwotoku macicznego, leczonego surowicą przeciwbłoniczą.

6) Różne: 1) kol. Biegański: Działalność naukowo-społeczna Dra Markiewicza, krótki rys działalności naukowej Dra E. Biernackiego, wzmianka o Listerze, wspomnienie pośmiertne o kol. Sękowskim; 2) Apt. Nowak: Sprawozdanie z I. zjazdu aptekarzy w Łodzi d. 25 maja 1912 r.

V. Skarbnik kol. Rejman przedstawił sprawozdanie kasowe. Dochód wynosił 494 rs. 79 kop., rozchód 318 rs. 03 kop., pozostałość na rok 1913 — 176 rs. 76 kop. Zaległe wkładki wynoszą 352 rs. 50 kop.

VI. Kol. Biegański przedłożył wniosek treści następującej: Towarzystwo lekarskie, jako instytucya wyłącznie naukowa, nie może rozpatrywać na swych posiedzeniach spraw osobistych między kolegami, tembardziej, że wchodzi to w zakres działalności istniejącego w Częstochowie »Stowarzyszenia lekarzy polskich«.

W dłuższej dyskusyi zabierali głos kol. Stefan Kohn, Edward Kohn, Łokczewski, Rozenfeld, Biegański. Uchwalono, że sprawy osobiste mają być bezwzględnie wyłączone z posiedzeń ogólnych, odczytywanie zaś korespondencyi w tych sprawach zależy od uznania zarządu Tow. lekarskiego.

VII. Wybory: Prezesem został wybrany kol. Biegański, wiceprezesem kol. Brzeziński, sekretarzem kol. Rozenfeld, skarbnikiem kol. Rejman, bibliotekarzem kol. Wacław Kohn, członkami zarządu kol. Łokczewski i Edward Kohn, członkami komisyi rewizyjnej — kol. Markowski i Wasilewski.

Sekretarz: Karol Rozenfeld.

Towarzystwo lekarzy Ziemi radomskiej.

90. Ogólne Zebranie dnia 21. grudnia 1912.

Obecnych dwunastu członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. Henryk Fidler.

1) Kol. Kossak odczytuje swoją pracę: **Wyniki badania uczniów szkoły handlowej w Radomiu za lata 1910, 1911 i 1912.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Po dyskusyi nad pracą kol. Kossaka, w której brali udział koledzy Fidler, Idzikowski, Przyłęcki i inni, kol. przewodniczący zawiadamia zebranych o ustąpieniu członków Zarządu kolegów Pełczyńskiego i Szczepaniaka, oraz członka komisyi rewizyjnej kol. Kasprzykowskiego, a także o mającem się odbyć na następnem Zebraniu ogólnem wyborze trzech członków Sądu koleżeńskiego i dwóch zastępców.

Na tem posiedzenie z powodu spóźnionej pory zamknięto.

91. Ogólne Zebranie dnia 28. stycznia 1913.

Obecnych piętnastu członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. Stanisław Petrall.

1) Sprawozdanie kol. sekretarza z działalności Towarzystwa za rok 1912:

»Na początku roku 1912 (a jedenastego swego istnienia) Towarzystwo liczyło 50 członków, w tem 4 honorowych; 2 korespondentów i 44 rzeczywistych, że zaś w ciągu roku ubyło wskutek śmierci 1, z własnej woli 2, więc z dniem 1 stycznia 1913 Towarzystwo liczy 47 członków, w tem 4 honorowych, 2 korespondentów i 41 rzeczywistych.

W roku sprawozdawczym odbyło się 12 zebrań ogólnych, na zebraniach tych bywało średnio 18 członków, co stanowi 40·7% w stosunku do ogólnej liczby członków rzeczywistych; nadto wprowadzono 25 gości.

Odczytów i pokazów w roku sprawozdawczym było: z medycyny sądowej 3, z dziedziny chorób wewnętrznych 3, z dziedziny chorób kobiecych 7, z chirurgii 1, z medycyny szkolnej 1, z dyagnostyki 1. — Trzy Zebrania ogólne poświęcone były mającemu powstać szpitalowi dla dzieci, z zapisu ś. p. hrabiny Adeli z Mattiesenów Ożarowskiej, przyczem 27. stycznia odbyło się zebranie wspólne z przedstawicielami magistratu m. Radomia, inżynierami-architektami i redaktorem »Gazety radomskiej«, na Zebraniu zaś ogólnem dnia 18. maja jako pierwszego kandydata na lekarza naczelnego tego szpitala Towarzystwo przedstawiło kol. Trenknera z Łodzi, na drugiego zaś kol. Krysińskiego z Warszawy. W lecie ubiegłego roku Towarzystwo wzięło udział w Zjeździe higienicznym we Włocławku, na który pojechali kol. Pełczyński i Szczepaniak.

Wobec panującej epidemii płonicy w mieście na Zebraniu 87. dnia 28. września 1912 r. uchwalono rozesłać do wszystkich kolegów, praktykujących w Radomiu, odezwę, by o każdym przypadku zakaźnej choroby niezwłocznie zawiadamiali lekarza sanitarnego m. Radomia, oraz

odpowiedniego lekarza szkolnego, jeżeli rzecz się tyczyć będzie którejkolwiek ze szkół radomskich. Wobec powtarzających się zamachów samobójczych w Radomiu zapomocą trucizn na zebraniu 88. dnia 26. października uchwalono prosić pp. właścicieli aptek i składów aptecznych w Ziemi radomskiej, by środki trujące, jakkolwiek do sprzedaży odręcznej dozwolone, sprzedawali tylko za przepisem lekarskim.

W ciągu r. 1912 została ostatecznie uchwalona »Ustawa Organizacyi zawodowej lekarzy Ziemi radomskiej«.

Ruch korespondencyjny Towarzystwa był następujący: otrzymano odezw 36, wysłano 62. Między innemi wysłano Towarzystwu lekarskiemu w Tule życzenia z powodu jubileuszu 50-lecia, a Wszechnicy lwowskiej z powodu 250-lecia istnienia.

Kol. Fidler otrzymaną na konkursie »Przeglądu lekarskiego« nagrodę za pracę: »Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego« przeznaczył na zasiłki dla niezamożnych słuchaczów medycyny w Krakowie i Lwowie.

Zarząd zbierał się 12 razy. Na zebraniach tych oprócz spraw administracyjnych rozpatrywano wszystkie sprawy, wnoszone następnie pod obrady zebrań ogólnych. Zebrania Zarządu odbywały się w lokalu Towarzystwa przy placu Sobornym l. 1, zebranie zaś ogólne w lokalu »Kasy przemysłowców« i jedno wspólne z prawnikami w gmachu Szkoły handlowej męzkiej przy ul. Długiej, za udzielenie których odpowiednim zarządom Towarzystwo składa serdeczne podziękowanie.

W ciągu roku ubiegłego Towarzystwo utraciło swego długoletniego członka rzeczywistego ś. p. Korneliusza Ungra, właściciela apteki w Radomiu, którego pamięć na jednem z zebrań ogólnych na wezwanie kol. prezesa uczczono przez powstanie, zamiast zaś wieńca na trumnę złożono rubli 20 na rzecz kasy wdów i sierót.

2) Sprawozdanie kasowe: Dochody 616 rubli 16 kop., rozchody 593 rb. 47 kop., kasa wsparć przy Towarzystwie ma 441 rb. 11 kop.

3) Sprawozdanie bibliotekarza: Biblioteka w ciągu roku powiększyła się o paręset tomów z daru kol. Juliana Majkowskiego. Są to dzieła wielkiej wartości, przeważnie o chorobach skórnych, wenerycznych, encyklopedya lekarska, słowniki, atlasy do chorób skórnych i wenerycznych. W dniu 1. stycznia 1912 r. biblioteka posiadała dzieł 1082 w 1260 tomach wartości 1150 rubli. W dniu 1. stycznia 1913 r. biblioteka posiada 1253 dzieł w 1466 tomach wartości 1588 rb., czyli w ciągu roku ubiegłego przybyło dzieł 171 w 208 tomach wartości 338 rubli. Roczników czasopism przybyło 38, wraz z istniejącymi jest ich obecnie 290 tomów. Czasopism peryodycznych lekarskich prenumerowano 19, na prenumeratę wydano 139 rb. 87 kop. Na oprawę książek wydano 15 rb. 86 kop.

4) Sprawozdanie Komisyi rewizyjnej potwierdza sprawozdania powyższe i zaznacza, że wszystko znaleziono w należytym porządku.

5) Po wysłuchaniu sprawozdań powyższych przystąpiono do wyborów w miejsce ustępujących kolegów z zarządu kol. Kossaka i Pełczyńskiego, z komisyi rewizyjnej kol. Kasprzykowskiego. Po obliczeniu głosów okazało się, że wszyscy zostali wybrani ponownie i wybór swój przyjęli.

6) Przystąpiono po stosownem przemówieniu kol. Fidlera do wyborów członków i zastępców Sądu koleżeńskiego. Po obliczeniu głosów okazało się, że na członków Sądu koleżeńskiego zostali wybrani koledzy Józefat Kondratowicz, Antoni Szczepaniak i Władysław Finkelstein; na zastępców koledzy Stanisław Idzikowski i Julian Kasprzykowski, właściciel miejscowej apteki.

Członek Zarządu sekretarz Dr T. Rakowski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 5 lutego 1913 roku.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: Sonenberg.

1) Kol. Trenkner pokazał dziewczynkę, mającą 3½ roku, dotkniętą **chorobą Littlego.**

2) Kol. Schoenaich: **O śmiertelności dzieci i płodności proletaryatu w Łodzi.** Autor na zasadzie materyału, obejmującego 11324 rodziny chrześcijańskie i 33833 rodziny żydowskie, dochodzi do wniosku, że płodność wśród naszego proletaryatu jest dużą (matki w wieku od lat 45—50 mają średnio po 9 dzieci) i nie stwierdza wybitniejszej różnicy między płodnością matek chrześcijańskich i żydowskich. Co do śmiertelności, to zależy ona od ilości dzieci w rodzinie: im więcej dzieci, tem większa śmiertelność. Gdzie dwoje dzieci w rodzinie, śmiertelność wynosi 10·5% u żydów, a 18·5% u chrześcian; u rodzin, mających 13 lub więcej dzieci, śmiertelność dochodzi do 53·8% (u chrześcian) i 50·8% (u żydów). Średnia śmiertelność u chrześcijan 35·4%, u żydów 24·7%, a więc na ogół śmiertelność u żydów jest znacznie mniejsza, niż u chrześcijan. Prelegent poparł swe wywody dwiema tablicami graficznemi, na których ułożył zebrany materyał.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Trenkner, Sonenberg, Skalski, Tenenbaum i Mogilnicki. Sonenberg.

Towarzystwo lekarskie w Kielcach.

Sprawozdania z posiedzeń w r. 1912.

I. Ogólne roczne posiedzenie z d. 20 stycznia 1912. Obecnych 10 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński.

1) Po odczytaniu protokołu ostatniego posiedzenia, kol. sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa w 1911 roku.

2) Kol. skarbnik odczytał sprawozdanie o stanie kasy.

3) Kol. bibliotekarz odczytał sprawozdanie o stanie biblioteki.

4) Odbyły się wybory wiceprezesa i jednego członka Zarządu. Na wiceprezesa wybrany został kol. Daszewski (ponownie), na członka Zarządu kol. Kosieradzki.

II. Ogólne posiedzenie z d. 17 lutego 1912. Obecnych 15 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński.

1) Po przeczytaniu i podpisaniu protokołu, odczytano nadesłaną korespondencyę.

2) Kol. Lewinson przedstawił chorą z długotrwałą żółtaczką; ścisłego rozpoznania nie określono.

3) Kol. Ryttel przedstawił chorego, któremu usunął **tłuszczak moszny.**

4) Kol. Piotr Jankowski przedstawił chorego z **guzem mózgu;** chory, lat około 50, cierpi trzy lata silne bóle głowy; lewy fałd nosowowargowy wygładzony; źrenice równe, rozszerzone, oddziałują; chory ma silne zawroty głowy, na nogach utrzymać się nie może; chód bezładny (ataktyczny); odruchy ścięgniste wzmożone; czucie wszelkie zachowane; wyraz twarzy nieruchomy; napięcie prawej gałki ocznej wzmożone; tętno przyspieszone, arytmiczne. Tarcza zastoinowa na dnie prawego oka.

W dyskusyi kol. Kosieradzki różniczkował siedzibę guza.

5) Kol. Kosieradzki odczytał rzecz pod tytułem: **Ból głowy w chorobach nerwowych i wewnętrznych.**

III. Ogólne posiedzenie z d. 16 marca 1912. Obecnych 10 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński.

1) Po przeczytaniu i podpisaniu ostatniego protokołu, odczytano nadesłaną korespondencyę.

2) Kol. Czaplicki przedstawił **potworka** z trzecią dodatkową nóżką w okolicy kości krzyżowej, oraz chorą

z bardzo silnymi napadowymi bólami głowy, zależnymi od przewlekłego ropnego zapalenia zatok nosowych.

3) Kol. Kosieradzki wygłosił drugą część referatu: **Ból głowy w chorobach nerwowych i wewnętrznych.**

IV. Ogólne posiedzenie z d. 20 kwietnia 1912. Obecnych 11 członków. Przewodniczący kol. Daszewski. Sekretarz kol. Kopczyński.

Omawiano bieżące nagłe sprawy Towarzystwa.

V. Ogólne posiedzenie z d. 18 maja 1912. Obecnych 11 członków. Przewodniczący kol. Kopczyński.

1) Po przeczytaniu i podpisaniu protokołu ostatniego posiedzenia odczytano nadesłaną korespondencyę.

2) Kol. Daszewski odczytał rzecz pod tytułem: **Ból głowy w cierpieniach ocznych.**

Dyskusyi nie było.

VI. Ogólne posiedzenie z d. 22 czerwca 1912. Obecnych 7 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński.

Omawiano objaw Rajchmana w chorobach żołądkowych.

VII. Ogólne posiedzenie z d. 21 września 1912. Z powodu niedostatecznej liczby członków (6) nie odbyło się.

VIII. Ogólne posiedzenie z d. 19 października 1912. Obecnych 9 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki Sekretarz A. Kopczyński.

1) Po przeczytaniu i podpisaniu protokołu ostatniego posiedzenia odczytano nadesłaną korespondencyę.

2) Kol. Lewinson odczytał rzecz pod tytułem: **Ciąża pozamaciczna.**

IX. Ogólne posiedzenie z d. 16 listopada 1912. Obecnych 13 członków. Przewodniczący kol. Kopczyński.

1) Po przeczytaniu i podpisaniu ostatniego protokołu, kol. Szenk przedstawił chorego z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego. Chory, mężczyzna 26 lat, żadnych chorób, prócz odry, nie miał; rodzeństwo zdrowe; chory jest kilka miesięcy; w początkach choroby zauważył, że nogi stają się ciężkie, że mu coraz trudniej chodzić. Przy badaniu: czucie bólowe, dotykowe, ciepła, zachowane; wzmożenie odruchów kolanowych, szczególniej po stronie lewej, jak również wzmożenie odruchu n. trójgłowego na lewej ręce. Zaburzeń w oddawaniu kału i moczu niema. Mięśnie kłębów (thenar et hypothenar) lewej ręki słabiej rozwinięte. Chód porażny; przy chodzeniu chory drży całem ciałem: drżą nogi, tułów i głowa, w spokoju zaś drżenie ustaje; w pierwszych tygodniach pobytu chorego w szpitalu drżenie było tylko w nogach, obecnie zaś chory przy chodzeniu drży cały.

W dyskusyi zabiera głos kol. Jankowski, kładąc główny nacisk na zanik mięśni lewej ręki i jest zdania, iż w danym razie mamy początek postępującego zaniku mięśni. Oświadcza się za stwardnieniem rozsianem. Chory pozostawiony w szpitalu dla obserwacyi.

X. Ogólne posiedzenie d. 22 grudnia 1912. Z powodu niedostatecznej liczby członków (6) nie odbyło się.

Sekretarz: A. Kopczyński.

Higiena, epidemiologia, statystyka.

Ospa w Łodzi w r. 1912.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w d. 5 marca r. 1913).

napisał

Dr Stanisław Skalski

Gdy rok temu omawiałem w Towarzystwie lekarskiem łódzkiem przebieg epidemii ospy w Łodzi w r. 1911, która zabrała 1308 ofiar, wypowiedziałem zdanie, że »materyału palnego w postaci osób dorosłych lub dzieci nieszczepionych niebrak u nas, więc tylko patrzeć, jak przygasające ognisko na nowo rozgorzeje i znów staniemy bezradni, niemając dokąd skierować nieszczęśliwego, którego własna lub cudza nieoględność przyprawiła o chorobę«.

Dziś zdanie to powtórzyć muszę, a fakty i cyfry potwierdzą je, jak sądzę, w całej rozciągłości.

Materyały cyfrowe, zebrane przezemnie obecnie, lubo szczegółowsze niż za rok 1911, nie różnią się co do zasadniczego swego źródła — ksiąg urzędników stanu cywilnego wszystkich wyznań, na terytoryum Łodzi mieszkających. Wzorem roku ubiegłego nie zostały uwzględnione nikłe grupki wyznaniowe [1]) w rodzaju Maryawitów (2808 osób), Nowochrzczeńców (1273), Braci Morawczyków (81), Mahometan (333), i t. p. w ogólnej sumie niespełna $5^1/_2$ tysiąca, co wobec 512.612 mieszkańców Łodzi stanowi mało co więcej nad 1%. Dane te uzupełniłem materyałem cyfrowym z różnych źródeł, na które się powołuję we właściwych miejscach. W roku zeszłym kol. Trenkner zwrócił uwagę na możliwość nieścisłych rozpoznań ze strony otoczenia chorego nawet gdy chodzi o ospę, i kwestyonował ścisłość naszych wykazów, jak sądzimy niesłusznie, gdyż ospa tak wybitnie różni się od innych chorób, że każdy laik ją rozpoznać potrafi, tem bardziej, gdy u nas jest tak częstą. Potwierdzenie naszego, zdania znaleźliśmy świeżo w pracy Dra Huberta, który pisze: »Wobec niezadawalniającego sposobu prowadzenia regestracyi przyczyn zgonów w Rosyi, zapiski duchowieństwa w księgach parafialnych są i obecnie głównem źródłem danych statystycznych o śmiertelności nawet w guberniach, gdzie wprowadzono samorząd. Gdy chodzi o ospę, zapiski owe zasługują na najbaczniejszą uwagę, gdyż ospę wskutek obrzydliwej wysypki na całem ciele może rozpoznać każdy« [2]).

Jak widzimy z tablicy na str. 277, przedstawiającej w świetle cyfr śmiertelność w poszczególnych parafiach względnie gminach wyznaniowych łódzkich, w r. 1912 ogólna liczba zgonów uległa pewnemu zmniejszeniu: zamiast 13.681 osób zmarłych w r. 1911, naliczyliśmy w siedmiu parafiach katolickich, dwu ewangielickich, jednej prawosławnej, oraz w gminie żydowskiej w ubiegłym roku 1912 — 12.814 zgonów. Różnica wynosi 867 i cała niemal przypada na zmniejszoną śmiertelność z ospy, która w roku ubiegłym wyraża się cyfrą 587, zamiast 1308 w r. 1911. Innemi słowy rok 1912 pod względem zdrowotnym, jeśli wyłączymy ospę, nie był wcale lepszy od r. 1911 wskutek panującej w czasie miesięcy letnich epidemii czerwonki.

Rzecz naturalna, że i stosunek procentowy zgonów z ospy do ogólnej ilości zgonów uległ znacznej zmianie, gdy bowiem w r. 1911 sięgał on 9·55%, to w roku 1912 spadł do 4·58%.

Mało natomiast zmian zaszło w podziale między grupy wyznaniowe względnie narodowościowe zmarłych na ospę. Po dawnemu ospa najszerzej rozpostarła swe skrzydła nad ludnością katolicką, względnie polską. W ogólnej liczbie zmarłych na ospę 587 osób było katolików 491, co odpowiada 6·08% ogółu zgonów u katolików, gdy w r. 1911 procent ten wynosił 12·86%. Kolejna cyfra zgonów na ospę 85 — przypada na ludność ewangielicką względnie niemiecką naszego miasta i, choć zredukowana znacznie ze 117 zgonów ospowych w r. 1911, daje jednak 5·2% ogółu zgonów. U prawosławnych procent ten wynosi 2·63% przy 4 zgonach wskutek ospy wobec 150 zgonów wogóle. Najlepiej stoi sprawa ospy wśród ludności żydowskiej miasta naszego, gdyż choroba ta była przyczyną zgonu zaledwie 7 osób z pośród 2952 zmarłych w r. 1912; w odsetkach wynosi to 0·27.

Obliczając stosunek zgonów z ospy wśród katolików do ilości mieszkańców Łodzi tego wyznania przekonamy się, że powinnibyśmy mieć 304 zgony wskutek ospy, a nie 491. U ewangielików powinno być 80 (było 85), u żydów zaś powinno być 192, było zaś tylko 7.

Rozpatrując poszczególne parafie (patrz tabl. I.), dostrzegamy, że ospa najbardziej znęcała się nad ludnością tych z pośród nich, które leżą na kresach Łodzi. Na kresach skupia się mniej zamożna ludność naszego miasta, która nie ma czasu, ani środków na wyszukiwanie miejsc szczepienia ospy lub czekanie w cyrkule policyjnym, do którego wogóle idzie niechętnie, — na przybycie felczera, szczepiącego ospę. Do ludności tej trzeba przyjść ze szczepieniem ospy do mieszkania, inaczej nadal będziemy spostrzegać tak ogromną ilość zgonów wskutek ospy (129), jak w parafii N. Maryi Panny (Bałuty), będzie ta ilość zgonów na ospę sięgać 10·7% ogółu zgonów, jak to było w parafii św. Wojciecha (Chojny).

---

[1]) Dane co do liczby ludności pochodzą z ostatnich miesięcy r. 1911.

[2]) Ospa i ospoprywanie u raznych narodow i projekt organizacji ospoprywania w Rassii. W. O. Huberta.

TABLICA I.

Śmiertelność ogólna i wskutek ospy w r. 1912 w Łodzi na podstawie zapisków urzędników stanu cywilnego.

	Parafia lub gmina wyznaniowa	Zmarło w roku 1912		Stosunek procentowy śmiertelności ospowej do ogólnej	Na 10 tysięcy ludności przypada zgonów na ospę	Zmarło w roku 1912				Stosunek procentowy śmiertelności ospowej do ogólnej u osób poniżej lat 14
						powyżej lat 14		poniżej lat 14		
		ogółem	na ospę			ogółem	na ospę	ogółem	na ospę	
Katolicy	N. Maryi Panny (Bałuty)	2731	129	4·72		778	3	1953	126	6·45
	Ś. Krzyża	1309	64	4·89		626	7	683	57	8·34
	Ś. Stanisława Kostki	1067	56	5·25		436	0	631	56	8·87
	Ś. Anny (Zarzew)	856	69	8·06		266	1	590	68	11·52
	Ś. Wojciecha (Chojny)	903	97	10·71		216	2	687	95	13·83
	Ś. Józefa	799	38	4·76		298	1	501	37	7·38
	Ś. Kazimierza (Widzew)	410	38	9·27		121	3	289	35	12·11
	Ogółem u katolików	8075	491	6·08	18·58	2741	17	5334	474	8·89
Ewangelicy	Jana Ewangielisty	904	54	5·97		439	0	465	54	11·61
	Trójcy Św.	731	31	4·24		335	1	396	30	7·57
	Ogółem u ewangielików	1635	85	5·20	12·19	774	1	861	84	9·76
	Par. prawosławna	152	4	2·63	6·58	52	2	100	2	2·00
	Gmina żydowska	2952	7	0·23	0·42	977	2	1975	5	0·25
	Ogółem	12814	587	4·58	11·45	4544	22	8270	565	6·83

(C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 30. IV. b. r. posiedzenie, na którem kol. Pisarski przedstawił chorego z oddziału prof. Rutkowskiego, kol. Rosenhauch chorych z kliniki R. dw. prof. Wicherkiewicza, a kol. Skórczewski wygłosił odczyt: »O wpływie leczenia rozdem na przemianę materyi«. W dyskusyi zabierał głos prof. Klecki.

— Prof. Dr Kostanecki w Krakowie odznaczony został orderem żelaznej korony III. kl., a prof. Dr A. Gluziński we Lwowie tytułem i charakterem radcy dworu.

— Otrzymujemy następujące pismo: »Z powodu przesilenia politycznego i finansowego I. Zjazd higienistów polskich, który miał się odbyć od 20—24 lipca 1913 r. we Lwowie, został odroczony i odbędzie się w tychże samych dniach w lipcu r. 1914 z niezmienionym programem. Mimo odroczenia prace przygotowawcze Komitetu zjazdowego nie ustają. Osoby, które biorą czynny udział w Zjeździe, zechcą streszczenia swoich odczytów lub referatów nadesłać najpóźniej do końca stycznia 1914 roku na ręce sekretarza Zjazdu Dr Bronisława Kaczorowskiego — Lwów, Chorążczyzna 22. — Za komitet gospodarczy: Prof. Dr K. Panek, przewodniczący, Dr B. Kaczorowski, sekretarz«.

— Na posiedzeniu komisyi sanitarnej w d. 28 IV. b. r. naczelny lekarz miejski przedstawił sprawozdanie o przebiegu chorób zakaźnych w mieście. Ilość przypadków płonicy w mieście nie jest znaczną i nie przekracza zwykłej liczby. Ilość przypadków wszystkich innych chorób zakaźnych jest znacznie mniejszą, niż w ubiegłym roku. Następnie przedstawił lekarz naczelny sprawozdanie z działalności miejskich lekarzy szkolnych za rok 1911/12. Po wysłuchaniu sprawozdania komisya sanitarna wyraziła jednomyślną opinię, że działalność lekarzy szkolnych jest wielce pożyteczna i już obecnie wydała bardzo obfite i pożądane owoce. W końcu komisya sanitarna powzięła jednomyślną uchwałę, domagającą się natychmiastowego rozpoczęcia budowy na razie przynajmniej tych budynków zakładów sanitarnych miejskich, które w granicach posiadanych przez gminę na ten cel pieniędzy (400.000 K.) wybudowane być mogą. Dr Schneider podniósł konieczność obznajomienia lekarzy z nowo sankcyonowaną ustawą o chorobach zakaźnych.

Warszawa. Na zasadzie niedawno wydanej w Rosyi ustawy powstały w tych dniach w Warszawie pierwsze kasy chorych.

Wilno. Zarząd miejski wydelegował za granicę na studya Dr J. Boguszewskiego, mającego objąć kierownictwo miejskiego biura sanitarno-statystycznego i zakładu odkażania. (Lekarz wileński 4).

— Księżna Michałowa Ogińska ma zamiar ufundować w Wilnie szpital dziecięcy na 30 łóżek. (Lekarz wil. 4).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 21. IV. do 28. IV. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 2 † —, duru wysypkowego 2, róży —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Obchód jubileuszowy 50-lecia pracy zawodowej Dr Eugeniusza Marcinkiewicza, prezesa komitetu budowy szpitala polskiego w Petersburgu, odbędzie się 21. IV. (4. V.) w lokalu »Ogniska polskiego« (Troickaja 13).

— Na ostatniem ogólnem posiedzeniu »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu 18. IV. b. r. odbył się wykład prof. Dr Leona Kryńskiego z Warszawy.

— W Hamburgu otwarto Zakład badań doświadczalnych nad rakiem. Dyrektorem mianowano prof. Dungerna z Heidelbergu.

— V. międzynarodowy Zjazd Związku prasy lekarskiej (Association internationale de la Presse médicale) odbędzie się w Londynie 5 sierpnia 1913, w przeddzień międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w »Imperial Institute« (w pobliżu South Kensington). Sekretaryat generalny (Dr Blondel, Paris, 103 Boulevard Haussmann) zaprasza na Zjazd wszystkich członków międzynarodowego Związku prasy lekarskiej, (wśród nich członków Związku polskiej prasy lekarskiej). Przedmiotem obrad będą: 1) Międzynarodowa reforma słownictwa lekarskiego. 2) Sprawa wydawania rocznika Związku międzynarodowego prasy lekarskiej. Wnioski i referaty w innych sprawach należy zgłaszać do generalnego sekretarza Związku prasy lekarskiej. Członkowie Związku otrzymują bezpłatnie karty uczestnictwa w Zjeździe lekarskim.

W czasie tego Zjazdu oddana będzie do rozporządzenia Związku prasy obszerna sala w gmachu obrad Zjazdu, w której znajdować się będą sprawozdania Zjazdu i t. p. W każdej z Sekcyi Zjazdu lekarskiego jeden z sekretarzy będzie miał wyłącznie za zadanie informowanie prasy lekarskiej.

— W »Bad Elster« ordynować będzie w r. b. Dr Alfred Kolszewski (Villa Apollo).

— Instytut higieniczny w Rzymie badał monety co do znajdowania się na nich złośliwych drobnoustrojów, a to ze względu na skargi publiczności, że kelnerzy w restauracyach podają resztę pieniędzy na talerzach. Z badań tych wynika, że monety złote, srebrne i miedziane są prawie zawsze jałowe, a jedynie na niklowych znajdują się często złośliwe drobnoustroje. X.

— Liczba partaczy w Niemczech wynosi około 4630. W niektórych miastach, jak np. we Frankfurcie n. M., na 100 lekarzy wypada przeszło 60 partaczy! X.

— Dollinger z Budapesztu używa w swej klinice do wykonywania miesienia ślepych (za wzorem Japończyków) i rzeczywiście jest z nich bardzo zadowolony. X.

— Na odbytej niedawno ankiecie w sprawie lekarzy szkolnych w Wiedniu zgodzono się na to, że lekarzem szkolnym powinien być lekarz praktyczny, który zajęcie to traktuje jako uboczne (Nebenamt), a nie należy tworzyć osobnych lekarzy szkolnych (Hauptamt). Wynagrodzenie powinno wynosić najmniej koronę od dziecka. Najwyżej może lekarz nadzorować 3.000 dzieci. Do lekarzy szkolnych nie może należeć leczenie dzieci szkolnych, a nawet ambulatorya szkolne nie są odpowiednie. Przed mianowaniem odbyć powinien lekarz koniecznie kurs przynajmniej trzechtygodniowy z zakresu higieny szkolnej. Klęsk.

Mianowani: nadetatowymi ordynatorami w Warszawie Dr Aleksander Karoli (szpital św. Ducha), Dr Aleksander Kopczyński (szpital św. Rocha).

Zmarli:

Dr Juliusz Robert Diehl, wychowaniec Szkoły głównej, b. ordynator szpitala św. Łazarza (przez lat 35), b. prezes konsystorza ewangielickiego, w Warszawie w 69 r. ż.

Dr Roman Nowak, wychowaniec uniwersytetu dorpackiego, lekarz okręgowy w Tuapse w gub. czarnomorskiej na Kaukazie, z duru plamistego w 54 r. ż.; Dr Jadwiga Białoblocka w Petersburgu.

Doc. Peron, urolog, w Lozannie, higienista Doc. Ali Cohen w Groningen.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1913.

Gazeta lek. Nr 13—17.: Higier: Obecny stan nauki o stosunku układu nerwowego do narządów trawiennych. (13—14).— Klejn (dok. 13). — Schusterówna: Rak w ścianie torbieli skórzastej śródpiersia przedniego (14—15). — Rzętkowski: Obecny stan sprawy nieoperacyjnego leczenia nowotworów złośliwych (15—16). — Erlichówna: Badania bakteryologiczne w różnych odczynach skóry na światło, w wypryskach, owrzodzeniach i t. p. (16—17). — Hewelke: Sposób określania objętości żołądka (17).

Medycyna i Kronika lek. Nr 13—17.: Radziwiłłowicz: Projekt nowego szpitala miejskiego dla umysłowo chorych pod Warszawą (13—14).— Kuligowski (dok. 13).— Krassowski: Uraz jamy brzusznej (14). — Urstein: Przyczyny i istota katatonii (15).—Tokarski: Z kazuistyki skazy krwotocznej (15).—Abramski: O wczesnem leczeniu przymiotu i przypadku, zakończonym śmiercią po wśródżylnem zastosowaniu salwarsanu (16). — Dzierzyński: Przypadek syryngomyelii z zanikami mięśniowymi różnego pochodzenia (16). — Bychowski: Przyczynki do rozpoznawania i leczenia chirurgicznego chorób mózgu (17—18). — Nisenson: Kilka uwag z powodu ostatniej epidemii płonicy u nas (17).

Tygodnik lek. Nr 13—17.: Wiczkowski: Prof. Grzegorz Ziembicki (życiorys) (13). — Begleiter: Przypadek Spondylose rhizomelique (13). — Gabryszewski: Tętniak wiciowaty ramienia i przedramienia, wyleczony wielokrotnemi podwiązkami i przyżeganiami termokauterem. (13). — Glücker: Przypadek ropniaka i odmy osierdziowej. (13). — Grossek: Pierwsze pojawienie się syfilisu w Europie i w Polsce w świetle piśmiennictwa polskiego XVI. w. (13). — Hinze: Przyczynek do chemoterapii gruźlicy płuc. (13). — Z. Leńko: Rany postrzałowe pęcherza. (13). — Orzechowski i Walichiewicz: Przypadek operowanej torbieli śródpajęczej móżdżku. (13). — Praschil: Truskawiecka »Naftusia« a »Stefan« szczawnicki. (13). — Sabat: O rentgenowskiem badaniu narządu moczowego. (13). — Wolf: Ubytek wrodzony krezki jako przyczyna niedrożności jelit. (13). — W. Ziembicki: Rola chirurgii w nauce o przysadce mózgowej. (13). — J. Wiczkowski: Z badań nad etyologią białaczki. (14). — Dr Zdzisław Tomaszewski: Bąblowiec płuca (echinococcus pulmonum). (14).— I. Sohn: O wpływie benzolu na przemianę materyi wraz z uwagami nad podawaniem go w białaczce (15—17). — Wolf: Kilka uwag o niebezpieczeństwie przy wstrzykiwaniu płynu Calota. (15). — Mazanek: O zastosowaniu radu w lecznictwie (15—17).— Tomaszewski i Wilenko: W sprawie działania adrenaliny u zwierząt pozbawionych tarczycy (16). — Zagórski: W sprawie rządowego projektu ustawy o odjęciu własnowolności. (16—17).— Sochański: Analiza kapillarna soku żołądkowego i jej praktyczne znaczenie oraz kilka uwag dotyczących innych metod miareczkowania treści żołądkowej. (17).

Nowiny lek. Nr 4.: Krokiewicz: Przyczynek do wielorakości nowotworów złośliwych. — Piotrowski: Nowy odruch antagonistyczny. — St. Serkowski: Opsoniny i bakteryotropiny w świetle doświadczeń własnych i krytyka teoryi Wrighta. — Pomorski: Embryoma-teratoma u 7-letniej dziewczynki. — Trzebiński: Choroba i wyzdrowienie Tadeusza Kościuszki.

Lekarz wileński Nr 3—4. Majewski i Zielińska (c. d.). (3). — Praschil: Uwagi o działaniu Truskawieckiej Naftusi. (3). — Druszejko: Znaczenie ciał acetonowych w cukrzycy. (3). — Sycianko: Chirurgiczna profilaktyka zwyrodnienia. (3). — K. Zaleski: Emanacya radu w lecznictwie, zwłaszcza w balneoterapii. (4). — Hanusowicz-Hertz: O działalności przychodni miejskiej dla chorych wenerycznych i skórnych za r. 1912. (4). — K. Zaleska: Przebieg epidemii płonicy w 1912 r. w Wilnie. (4). — Spis lekarzy wileńskich XVII. w., rajców i burmistrzów (4).

Odczyty kliniczne. Serya XX. Z. 1—3. Seweryn Sterling: Postaci kliniczne suchot płucnych.

Postęp okulist. Nr 3. Rumszewicz: Pęknięcie pośrednie twardówki ze zwichnięciem soczewki pod spojówkę. — Wicherkiewicz: 1) Niezwykły przypadek otrucia atropiną. 2) Słów kilka w sprawie niedostatecznego działania mydriatików w zapaleniach rozlanych rogówki.

Przegląd higieniczny Nr 4. Reiss: Znaczenie społeczne higieny oka. — Mołczański (dok.).

Kronika dentyst. Nr 4.: Wilga: Ropociek zębodołowy i jego leczenie.

Słowo lekarskie Nr 6—7. Mazurkiewicz: W sprawie projektu ustawy o pozbawianiu własnowolności. — Ważne orzeczenie Najw. Trybunału kasacyjnego w sprawie partactwa. — Klauber: Położenie lekarzy więziennych. — Klęsk: Nie szkodźmy sami sobie! — Ubezpieczenie społeczne w Rosyi. — »Drohowyże«. — Zaremba: Kasa pogrzebowa. — Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo ratunkowe. — W sprawie ulg w miejscach kąpielowych dla rodzin po zmarłych lekarzach. — Ruch w lipskiej organizacyi lekarzy niemieckich w r. 1911—1912.

Głos lekarzy Nr 7—8.: Prebendowski: W sprawie znaczków receptowych. — Szkoły pielęgniarek. — Legeżyński: Budowu zakładu dla zużytkowania padliny i rakarni miejskiej. — Mikołajski: Zorganizowanie akcyi samarytańskiej w kraju. —

Sprawy sanitarne w Sejmie. — Fels: Program kursu samarytańskiego lwowskiej Stacyi ratunkowej. — Ebel: W sprawie znaczków receptowych. — Lekarze rządowi a Kasy chorych.

Nasze Zroje. Nr 7—8. Galicyjskie zdrojowiska, sanatorya, uzdrowiska i przemysł domowy na Wystawie kijowskiej. — Nasze kłopoty ekonomiczne. — Opolski: Teorya jonów i ciśnienia osmotycznego w zastosowaniu do wód mineralnych. — Które wody mineralne obce zastąpić można galicyjskiemi? — Westreich: Aresztowania w zdrojowiskach. — Ponikło: Uwagi do wydawnictwa »Reise und Sport«, poświęconego Galicyi. — Westreich: Banki akcyjne (akcyjny bank zdrojowisk) a stowarzyszenia zarobkowo-gospodarcze. — Zdrojowisko w stanie »ex lex«.—

Dawkowanie i wskazania mineralnych wód galicyjskich. — Kolej do Kut. — Pawilon Związku zdrojowisk na wystawie kijowskiej.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 1: Zanietowski: Kilka uwag o systemizacyi naszych zdrojowisk i uzdrowisk oraz o analizie naszych wód. — Ankieta Polskiego Towarzystwa balneologicznego w sprawie wydzierżawienia Krynicy.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 7. maja 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Z. Steuermark: O leczeniu gruźlicy chirurgicznej promieniami Röntgena. 2) Dr M. Godlewski: O samozatruciu.

Posiedzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w sobotę dnia 10-go maja 1913 o godz. 6 wieczorem** w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) Szerzenie się chorób wenerycznych w Jarosławiu i sposoby możliwego zapobiegania tym chorobom, referat kol. Rossbergera. 3) Obecna epidemia szkarlatyny w Jarosławiu, kol. Dr Czyżewicz. 4) Wnioski członków.

Biuro Oddziału jarosławskiego Tow. lek. gal.

Sekretarz: Dr W. Orłowski. Przewodniczący: Dr W. Czyżewicz.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Digistrophan. Prof. Dr Adnan. (Z I. klin. med. uniw. w Konstantynopolu. Allg. Mediz. Central-Ztg Nr 14. 1913). Autor donosi o dalszych wynikach z digistrofanem, kombinacyą digitalis ze strofantusem, którą poznał podczas czynności w dużym zakładzie leczniczym w Berlinie. Szczególną wartość praktyczną posiada okoliczność, że przetwór ten poddawany zostaje stałej kontroli na zwierzęciu co do jednostajności działania na serce, tak iż zawsze jest zapewnione równe działanie także po dłuższem przechowywaniu przetworu. Wskutek tego jest działanie digistrofanu zawsze bardzo pewne i silne, tak iż często wystarczają stosunkowo małe dawki. Ta stałość i pewność działania na serce wyróżnia digistrofan wobec zmiennie działającego naparu i innych przetworów, zawierających tylko niektóre składniki działające naparstnicy. Dodać należy drugi, niemałej wagi czynnik, że połączenie digitalis ze strophantus, jakie ma miejsce w digistrofanie, według spostrzeżeń Bölkesa obniża bardzo znacznie zgubne działanie zbiorowe, które przy zwykłem leczeniu naparstnicą przeszkadza niejednokrotnie; działania zbiorowego tu prawie wcale się nie spostrzega. Najlepszą postacią zażywania digistroanu (Goedecke & Co. Berlin) są kapsułki. Nadto wyrabia się Pigistrophann w kołaczykach do zażywania per os, nadto do wstrzykiwań podskórnych. Prof. Adnan tak się wyraża wogóle o działaniu:

»Od 3 lat stosowałem częściej digistrofan i nie widziałem ani jednego złego wyniku. Działanie serca wracało szybko do normy i trwało to długo; ilość moczu wzrastała a działania zbiorowego nie spotrzegano. Jestto szczególna zaleta digistrofanu, że reguluje ciśnienie krwi t. j. podnosi ciśnienie nieprawidłowo nizkie a obniża zastój przy wysokiem ciśnieniu. Kapsułki digistrofan mają tę dobrą stronę, że przechodzą przez żołądek i dopiero w jelicie ulegają wessaniu. To jest szczególnie ważne dla takich chorych, których żołądek zresztą żadnych przetworów nie znosi. Przytoczone przypadki chorobowe dowodzą wielkiej skuteczności stosowania tego przetworu, gdzie inne przetwory naparstnicy działają niedostatecznie i nie pozwalają na dopatrzenie się jakiegokolwiek działania zbiorowego«. Prof. Adnan może zatem chyba słusznie digistrofan uważać za środek sercowy, który wskutek pewności działania nie sprawia lekarzowi podobno nigdy zawodu. Hr. W.

Rok LII. Kraków, dnia 10. maja 1913. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O leczeniu krwawnic metodą Boasa.

Napisał

Dr med. Józef Maybaum (Łódź).

Podana przez Boasa w roku zeszłym[1]) nowa metoda leczenia guzów krwawniczych polega na wywołaniu przekrwienia w okolicy odbytu. Zapomocą bańki Biera wyciąga się krwawnice na zewnątrz i utrzymuje poza odbytem dopóty, dopóki dookoła nie wytworzy się obrzęk. Wtedy guzy krwawnicze wewnątrz cofnąć się nie mogą, bo są uwięzione i jako takie ulegają stopniowo zgorzeli. Proces ten przebiega dość szybko i bez najmniejszego niebezpieczeństwa.

Pomysł Boasa jest celowem naśladownictwem naturalnego samowyleczenia krwawnic, które się spostrzega dość często, a które dopiero Boas wyzyskał jako metodę leczniczą. Zdarza się, że guzy krwawnicze wysuwają się poza odbyt i niepodobna ich odprowadzić. Jest to uważane powszechnie za powikłanie groźne.

W podręczniku Pentzolda i Stintzinga w wydaniu ostatniem, z r. 1909, znajdujemy w artykule Graesera, co następuje: »Jeżeli krwawnice wypadają przy wypróżnieniu, lub wskutek parcia, to jest rzeczą wielkiej wagi, aby je co prędzej wprowadzić z powrotem; czem dłużej pozostają one na zewnątrz, tem silniej pęcznieją, a dołączający się często skurcz zwieracza pogarsza sytuacyę«. Tymczasem niejednokrotnie widywano, że wypadnięte guzy krwawnicze znikały po ustąpieniu objawów zapalnych, pozostawiając po sobie krótsze lub dłuższe płatki dookoła odbytu. Opierając się na tem, spróbował Boas krwawniczych guzów nie odprowadzać, ale pozostawiać poza odbytem, i nadał temu leczeniu nazwę niekrwawego, pozaodbytniczego leczenia guzów krwawniczych. Na zasadzie osiągniętych wyników doszedł Boas do wniosku, że błędnem jest twierdzenie, jakoby wypadnięte guzy krwawnicze należało dla uniknięcia ciężkich powikłań odprowadzać bezzwłocznie, że, przeciciwnie, jest niewłaściwem odprowadzać wypadnięte krwawnice, gdyż wstrzymuje się przez to ich samowyleczenie. Wypadnięcie guzów krwawniczych nietylko nie jest zdaniem Boasa niemiłem powikłaniem, ale stanowi właśnie zwrot pomyślny w kierunku do samowyleczenia.

[1]) Münchn. med. Woch. 1912, Nr 5.

Metodę Boasa stosowałem w szpitalu małż. Poznańskich w Łodzi i w praktyce prywatnej w przeciągu roku: w 5 przypadkach bez skutku, w 10 przypadkach z wynikiem pomyślnym. Technika metody polega na tem, aby guzy krwawnicze wydostać na zewnątrz i utrzymać je poza odbytem. O ile krwawnice nie wypadały same lub nie występowały po nadymaniu, nakładałem na odbyt bańkę Biera owalnego kształtu, odpowiedniej wielkości. Po nassaniu guzy wychodziły z odbytu, po kilku minutach siniały i pęczniały, a naokoło wytwarzał się obrzęk, który otaczał krwawnice, jak pierścieniem. Czem szybciej obrzęk powstaje, czem jest silniejszy, tem prędzej zostają krwawnice od krążenia odcięte i ulegają zanikowi. W niektórych przypadkach nie występuje obrzęk, ale powstaje skurcz zwieracza tak silny, że w zupełności odcina wypadnięte guzy od krążenia; w tych warunkach krwawnice też zanikają. Dalszy przebieg leczenia jest następujący: Bańkę Biera nakłada się zazwyczaj jeszcze 2—3 razy, na kilka minut, dla podtrzymania — względnie powiększenia — obrzęku. Zadzierzgnięte krwawnice stają się coraz większe i coraz czerwieńsze, czasami lekko krwawią, pokrywają się brudno szarym nalotem; potem kurczą się i twardnieją, a w przeciągu 10—14 dni zmieniają się do niepoznania: zamiast krwawnic wiszą u odbytu mniejsze lub większe płatki mięsiste, do krwawnic niepodobne.

Do leczenia metodą Boasa nie nadają się te krwawnice, które po nasadzeniu bańki ssącej na zewnątrz nie występują, i takie, które, wystąpiwszy, po dłuższym lub krótszym czasie cofają się. Bywa to zazwyczaj przy krwawnicach wysoko usadowionych lub szeroko na śluzówce osadzonych. Stosunkowo najłatwiej i najprędzej poddają się leczeniu guzy krwawnicze pojedyncze i takie, które po każdem wypróżnieniu wychodzą na zewnątrz, oraz przypadki starych, zaniedbanych krwawnic ciekących.

Moje niepomyślne przypadki, w których metoda Boasa zawiodła, są następujące.

I. 50-letni kupiec cierpi od kilku lat na zaparcie stolca, swędzenie w odbycie i krwawienie po stolcu. Rozpoznanie: guzy krwawnicze. Leczenie: Bańka Biera ssie 30 minut; wychodzą 2 duże krwawnice; powstaje obrzęk. Nazajutrz obrzęk znikł, a krwawnice się skryły. Powtarzam nassanie bańką Biera przez 30 minut; krwawnice się wysuwają i obrzęk się tworzy. Wieczorem obrzęk ginie, guzy wchodzą wewnątrz. Krwawnice były o szerokiej podstawie.

II. Uczeń 18-letni cierpi na zaparcie stolca. Przy badaniu odbytnicy wykrywam guz krwawniczy, dość wysoko usadowiony. Przy nadymaniu wysuwa się guz po za zwieracz; nassanie bańką Biera wytwarza obrzęk, który trwa do wieczora, potem przechodzi; następnego dnia dzieje się to samo: rano wytwarza się obrzęk po zastosowaniu bańki ssącej. guz krwawniczy pozostaje do wieczora poza odbytnicą; potem obrzęk maleje, guz się chowa

III. 28-letnia przekupka ma od połogu przed 4 miesiącami krwawiące hemoroidy. Przez 3 dni z rzędu nakładałem bańkę Biera; za każdym razem wysuwały się 2 spore guzy krwawnicze i powstawał obrzęk. Jednakże obrzęk znikał po kilku godzinach i guzy powracały na miejsce.

IV. 36-letni tkacz skarży się na częste krwawienie po stolcu. Przy badaniu wykrywa się jeden duży, szeroko osadzony guz krwawniczy. Zapomocą bańki Biera guz występuje na zewnątrz, dookoła tworzy się obrzęk; po 4 godzinach znika obrzęk i guz. Nassanie bańką Biera w przeciągu 20—30 minut przez 2 dni z rzędu jest bezskuteczne.

V. 52-letni chory, dotknięty marskością nerek, cierpi z powodu dużych, zamkniętych krwawnic. Po nałożeniu bańki ssącej, w niespełna 15 minut, traci przytomność, dostaje drgawek i pomimo natychmiastowej pomocy, upustu krwi, sztucznego oddechu i t. p. po 2 godzinach umiera.

Pierwsze cztery przypadki, w których metoda Boasa nie wywołała skutku, dotyczyły chorych z guzami krwawniczymi szeroko osadzonymi, względnie wysoko usadowionymi, w których widocznie metoda ta zawodzi.

Co się tyczy przypadku V, to w żadnym razie nie może śmierć chorego pozostawać w związku z zabiegiem dokonanym. Zabieg trwał niespełna kwadrans, chory leżał na boku, a nie — jak zwykle w tych razach — na czworakach, nie miał żadnych niepokojących objawów, mocznica wystąpiła nagle. W każdym razie przypadek ten stanowi naukę, że nawet do tak błahego zabiegu, jak metoda Boasa, należy dobierać przypadki i stawiać ścisłe wskazania.

Z przypadków, w których metoda Boasa dała wyniki pomyślne, wybieram następujące charakterystyczne:

I. Tkacz W., 46 lat, cierpi oddawna na zapalenie stolca, a od lat 5 na krwawnice, które wychodzą po każdem wypróżnieniu i często krwawią. Przy badaniu odbytnicy palcem wyczuwa się kilka guzów krwawniczych; przy nadymaniu schodzą one na zewnątrz i prędko się cofają. Po nassaniu bańką Biera występują 2 duże i 3 małe guzy krwawnicze, w przeciągu 20 minut tworzy się obrzęk; guzy są sinoczerwone, przepełnione krwią. W 2 godziny potem guzy napęczniały bardziej, chory skarży się na bóle. Po nałożeniu opatrunku i podaniu 10 kropli makowca spędza chory noc spokojnie. Nazajutrz cała okolica odbytu silnie obrzmiała, krwawnice leżą poza szparą, są niebieskoczarne, pokryte małymi czarnymi strupkami, przy dotykaniu bolesne. Trzeciego dnia obrzęk bez zmiany, guzy duże, twarde, pokryte szarym nalotem i krwawymi strupami Chory skarży się na bóle. Czwartego dnia obrzęk cokolwiek mniejszy, guzy mniej bolesne; następuje wypróżnienie, po którem bóle mijają; chory śpi dobrze bez makowca. Piątego dnia obrzęk zmniejsza się widocznie; guzy są mniejsze, twarde, niebolesne. Szóstego dnia chory opuszcza łóżko, ma się zupełnie dobrze, guzy leżą poza otworem odbytowym, są twarde, szaroczerwone; obrzęk minimalny. Ósmego dnia obrzęk znikł zupełnie, krwawnice leżą na zewnątrz, są twarde, niebolesne, po wypróżnieniu się nie cofają. Dziesiątego dnia przy badaniu odbytnicy palcem stwierdzam, że poza zwieraczem guzów krwawniczych niema; zewnętrznie widać 3 większe i 2 mniejsze twarde węzełki. Chory po opuszczeniu szpitala był badany kilkakrotnie: węzełki, wiszące u odbytu, stopniowo się zmniejszały; po miesiącu pozostały 2 niewielkie, mięsiste płatki, z powodu których chory nie odczuwał żadnych dolegliwości. Krwawienia po stolcu nie powtórzyły się więcej.

II. Obywatel R., lat 54, cierpi od 28 lat na krwawnice, które od 11 lat krwawią. Dawniej krwawienia były obfitsze, ale niezbyt częste, teraz guzy krwawią mniej, ale codziennie, a nawet przy chodzeniu, jeździe, nachylaniu się i t. p. W ostatnich miesiącach występowały krwawnice przy każdym ruchu i krew się ciągle sączyła. Chory się skarży, że »poprostu nie wyjmuje ręki z kieszeni, bo musi bezustannie wciskać krwawnice, które wypadają i krwawią; nie może nastarczyć bielizny, która jest stale zakrwawiona«. Od 2 lat chory jest niezdolny do pracy, a teraz wprost chodzić nie może. Pomimo to nie chciał się zgodzić na operacyę z przyczyn zupełnie niezrozumiałych. Na zastosowanie metody niekrwawej Boasa przystał. Poleciłem nie wciskać krwawnic, ale przeciwnie nadąć się, aby wycisnąć je możliwie zupełnie; oczyściłem okolicę odbytu i nałożyłem opatrunek. Do następnego dnia obrzęk się nie wytworzył, choć guzy były na zewnątrz. Wtedy nałożyłem bańkę Biera, przy nassaniu bańka napełniła się krwią. Po 10 minutach okolica odbytu była obrzmiała i bolesna. Pomimo makowca chory miał całą noc bóle i nie spał. Nazajutrz obrzęk był większy, u odbytu sterczały 3 napęczniałe krwawnice, każda wielkości dużego orzecha. Bóle nie ustępowały przez całą dobę i dołączyło się parcie na mocz. Trzeciego dnia obrzęk był jeszcze większy, guzy sine, pokryte wybroczynami; bóle i parcie na mocz trwały. Brzuch był wypuklony w okolicy pęcherza i bolesny. Kompres na brzuch i okład wilgotny na odbyt przyniosły ulgę. Na czwarty dzień był stolec i mocz odszedł obficie. Bóle ustąpiły, guzy miały kolor sino-szary, miejscami czarny. Obrzęk się cokolwiek zmniejszył. Zastosowałem powtórnie bańkę Biera; tym razem guzy nie krwawiły; obrzęk się zwiększył po 10 minutach. W nocy, ani następnego dnia nie było bólów, ani parcia. Szóstego dnia jeden guz zmartwiały, dwa inne zabarwione ciemno, w kilku miejscach owrzodziałe. Siódmego dnia zmniejszył się obrzęk, guzy pokryte strupkami. Oddawanie moczu i kału było prawidłowe, chory nie miał bólów, nie krwawił. Ósmego dnia stan miejscowy bez zmiany, stan ogólny tak dobry, że chory następnego dnia odbył jednogodzinną przejażdżkę powozem do siebie na wieś. Powrócił po 2 dniach i twierdzi, że jest jak »nowonarodzony«, bo — co mu się dawno nie zdarzyło — przy chodzeniu nie krwawił. Przy badaniu na 11. dzień okazuje się, że jeden guz ściągnął się zupełnie, dwa inne zaś są wielkości orzecha laskowego, twarde, niebolesne, nie krwawią. Ponieważ obrzęk ustąpił zupełnie, więc po raz trzeci nałożyłem bańkę ssącą; po 15 minutach obrzęk był dość duży i nie zmniejszał się przez 3 dni następne. W ciągu tego czasu guzy krwawnicze zabarwiły się na szaro-czarno, stwardniały i zmalały. Szesnastego dnia obrzęk minął, a u odbytu zwieszały się 3 miesiące płatki niebolesne, niekrwawiące. Chory powrócił do zajęć i dał znać po $^1/_2$ roku, że nie miewa krwawień i uważa się za wyleczonego.

Inne, leczone przezemnie metodą Boasa przypadki przebiegały podobnie.

Pomijając jeden nieszczęśliwy przypadek, w którym nastąpiła śmierć podczas tego, kiedy była nałożona bańka ssąca — a który to przypadek nie stoi w żadnym związku ze stosowaną metodą, — nie spostrzegałem żadnych powikłań.

Ból towarzyszy zawsze zabiegowi, ale nie jest zbyt silny i nie trwa dłużej nad dwa do trzech dni. Czopki z belladonny lub 10 kropel makowca wystarczają, aby ból uśmierzyć; wstrzyknięcie morfiny jest nader rzadko potrzebne. Ból jest wywołany przez obrzęk, krwawnice same są

przeważnie niebolesne. Obrzęku zwalczać nie należy, gdyż, zmniejszając obrzęk, przeciwdziałamy leczeniu.

Często występuje na drugi dzień parcie na mocz i sprawia dolegliwości; przechodzi ono z chwilą zmniejszenia się obrzęku. Stolec jest wstrzymany, o ile podajemy makowiec; wypróżnienie nie oddziaływa ujemnie na przebieg leczenia. Ciepłota nie bywa podwyższona. Usposobienie chorego zależy od stanu ogólnego, który zazwyczaj nie ulega zmianom. Koniecznem jest, aby chory kilka dni — do tygodnia — pozostawał w łóżku.

Wyniki leczenia metodą Boasa są naogół dobre i metoda ta powinna być dalej próbowana. Nie mając bynajmniej pretensyi do zastąpienia metod chirurgicznych, stanowi ta metoda poważną zdobycz dla lecznictwa. Są bowiem okoliczności, przy których operować nie można, że wspomnę tylko o cukrzycy, krwawiączce, wadach serca i t. p., a zdarza się także, że się chorzy na operacyę zdecydować nie chcą.

Jeżeli przytem uwzględnimy, jak wielka jest liczba dotkniętych krwawnicami i jak mała stosunkowo liczba chirurgów — zwłaszcza na prowincyi —, to nawet najgorętsi zwolennicy leczenia operacyjnego przyjmą z uznaniem metodę niekrwawą, o ile się okaże, że daje ona pomyślne wyniki.

Metoda niekrwawa okazała się dotyczas w praktyce dobrą i zasługuje na zaufanie, tembardziej, że jest celowem naśladownictwem naturalnego samoleczenia krwawnic, spostrzeganego często, a które Boas, jako metodę leczniczą, zużytkował.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę paratyfusu (duru wrzekomego) i duru mandżurskiego,

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

W cięższych przypadkach występują: nudności, czkawka, wymioty, biegunka. Stolce z początku papkowate, następnie wodniste lub kałowe. Ciepłota nieco podwyższona, tętno przyspieszone. Chory się skarży na bóle i zawroty głowy, niekiedy bóle w stawach. Poprawa następuje po kilku dniach.

Ciężkie przypadki występują zwykle w ciepłej porze roku, lipcu, sierpniu, wrześniu w postaci cholery swojskiej. Początek bywa burzliwy. Gwałtowne wymioty z początku pokarmami, a w końcu szarozielonawemi masami, bóle w żołądku i jelitach. Stolce z początku krwawe, następnie bardzo obfite, wodniste, podobne do wody ryżowej z domieszką krwi. Cera ziemista, rysy zapadłe, wyraz twarzy apatyczny, oczy bez blasku, głęboko wpadnięte, nawpół przymknięte powieki, skóra zimna, sinicza, sucha, fałdująca się. W dalszym przebiegu na skórze mogą występować wykwity podobne do pokrzywki, lub też wysypka podobna do płoniczej z następczem łuszczeniem; w bardzo zaś ciężkich przypadkach petocie na skórze i błonach śluzowych. Opryszczki na wargach (herpes labialis) spostrzegano wielokrotnie. Niekiedy w pierwszych dniach choroby widywano różyczkę na tułowiu. Język i błony śluzowe jamy ustnej suche, głos bezdźwięczny, przytomność zachowana pomimo apatyi, niekiedy zaś silny niepokój i lęk; w następstwie chorzy tracą przytomność, występuje bredzenie i silny niepokój. W bardzo ciężkich, śmiertelnych przypadkach zdarzają się nawet drgawki. Źrenice zwężone, słabo oddziałują na światło. Tony serca głuche, tętno drobne, nitkowate, przyspieszone. Brzuch wciągnięty, śledziona macalna od drugiego dnia choroby. W moczu ślady białka, wałeczki, leukocyty, niekiedy krew; ciężar gatunkowy wysoki. Moczenie wkrótce ustaje. Silne pragnienie męczy chorych. Wielu z nich uskarża się na kurcze w łydkach i bóle w innych miejscach. Ciepłota podnosi się od pierwszych dni choroby, dochodzi do 40°, od drugiej doby stopniowo spada, niekiedy nawet niżej poziomu prawidłowego. W przypadkach pomyślnych po tygodniu chory wraca do zdrowia, przyczem 3—4. dnia mogą wystąpić wymioty i biegunka. Nawroty zdarzają się, jakkolwiek w łagodniejszej postaci.

Zejście śmiertelne zdarza się po 24—48 lub 96 godzinach przy objawach postępującego zapadu. Bywają jednak przypadki, w których po zniknięciu okresu zamartwiczego stan się nie poprawia, a chory umiera po tygodniu lub później.

W przebiegu tej postaci paratyfusów B. zdarzają się powikłania, w pierwszym rzędzie ze strony narządów moczowo-płciowych: zapalenia pęcherza, miedniczek nerkowych, nerek; wreszcie ropnie w różnych miejscach. Niektóre przypadki przechodzą w okres durowy, inne zaś w stan przewlekły.

Zmiany anatomo-patologiczne w ostrych postaciach. Sluzówka żołądka, jelit cienkich i grubych mniej lub więcej obrzmiała i zaczerwieniona; gdzieniegdzie małe wybroczyny, gruczoły odosobnione i kępy Payera mogą być obrzmiałe i otoczone czerwoną obwódką, a niekiedy wałem wybroczynowym. W niektórych przypadkach owrzodzenia pokryte strupami.

W piorunujących przypadkach lekkie przekrwienie śluzówki żołądka i jelit. (To samo stwierdził kol. Pełczyński w 2 przypadkach śmiertelnych w Radomiu w r. z.) Gruczoły krezkowe albo wcale nie są obrzmiałe, albo są tylko miernie obrzmiałe. Śledziona miernie powiększona lub też wcale niepowiększona. W innych narządach przekrwienie, zmętnienie, niekiedy zwyrodnienie tłuszczowe i wybroczyny; w nerkach czasami istotne zapalenie; krew w sercu gęsta, płynna, ciemno czerwona.

Rozpoznanie opierać się powinno na obecności prątka paratyfusu B w kale w znacznej ilości. Wykazać go należy hodowlami i oddziaływaniem na swoiste surowice uodporniające. Jednak nie wadzi pamiętać, iż wobec niemal wszechobecności prątków paratyfusu B. mogą się one znajdować w jelitach jako niewinne saprofity. Obecność ich w kale łącznie z objawami potwierdza rozpoznanie. O wiele ważniejszą cechą rozpoznawczą jest aglutynacya surowicy chorego. Lecz i tutaj zdarzyć się może, że aglutyniny pochodzą od przebytego poprzednio duru brzusznego. Jedynie wtedy aglutynacya jest przekonującą, gdy z początku wypada ujemnie, a dopiero w dalszym przebiegu choroby

występuje odczyn dodatni. Najpewniejszą oznaką jest obecność prątków we krwi chorego. Wprawdzie Conradi i inni znajdowali prątki paratyfusu B we krwi zdrowych, lecz, czy to były w istocie osoby zdrowe, możnaby wtedy dopiero orzec, gdyby 2-godzinne mierzenie ciepłoty nie wykazało podniesienia. Doświadczenie tymczasem uczy, iż obecność prątków we krwi oznacza zachorowanie.

Patogeneza. Gdy do przewodu pokarmowego w usposobionym ustroju wtargnie prątek paratyfusu B, to w pierwszym rzędzie występują objawy zatrucia przez jego jady. Ważniejszem jest jednak następcze osiedlenie się prątka oraz jego rozmnażanie się na powierzchni śluzówki jelit lub w górnej jej warstwie, wskutek czego w kale znajdujemy czystą hodowlę prątków paratyfusowych. Brak jest natomiast prątka okrężnicy, gdyż ginie on całkowicie, odwrotnie, niż w durze Eberthowskim. Prątki paratyfusu B rozmnażają się bardzo szybko. Po 8—16—48 godzinach wytwarza się takie mnóstwo prątków, iż występują objawy chorobowe. Osiedlenie się tedy prątków w powierzchownych warstwach śluzówki, oraz działanie wielkiej ilości wprowadzonego jadu wywołuje ostry lub przewlekły nieżyt żołądka i jelit. W tej postaci chorobowej prątki przedostają się niekiedy do krwi i wywołują niekiedy bakteryemię, która nigdy nie jest tak wybitną, ani tak długotrwałą, jak w paratyfusie brzusznym.

2) Przewlekły nieżyt żołądkowo-jelitowy paratyfusowy.

Niektóre przypadki przewlekłej biegunki wywołane są przez prątki paratyfusu B. Schottmüller opisuje taki przypadek z 9-miesięcznym przebiegiem. W innych zaś przypadkach paratyfusowy nieżyt przewodu pokarmowego z następczą bakteryemią może się przyłączyć do innych ostrych lub przewlekłych chorób. Osoby osłabione są bezwątpienia usposobione do zakażenia prątkiem paratyfusu B.

3) Paratyfus brzuszny B (Paratyphus abdominalis B).

Trzecia postać zakażenia przebiega podobnie do duru brzusznego Eberthowskiego. Niektóre cechy kliniczne odróżniają pierwszą od drugiej. W paratyfusie brzusznym w pewnym szeregu przypadków okres wylęgania trwa 2—8 dni. (Schottmüller, Jakowski, Ellermann). Chory uskarża się na brak łaknienia, nudności, niekiedy wymioty; czasem bywa gorączka. Objawy powyższe znamionują ostry nieżyt przewodu pokarmowego, poczem następuje już właściwy dur (wrzekomy). W licznych natomiast przypadkach choroba rozpoczyna się nagle. (Schottmüller, Lentz, Ellermann, Carducci, Złatogorow). Bez zwiastunów, może po kilkogodzinnem wylęganiu, występuje silny dreszcz. Ciepłota dochodzi do 40° i w dalszym ciągu trzyma się na tej wysokości. Obok tego zjawiają się nudności, wymioty, bóle głowy i obfite rozwolnienie. W pewnym szeregu przypadków krzywa ciepłoty jest odmienna od durowej: podnosi się wolno, po 4 dniach dosięga szczytu, poczem ma charakter ciągły, następnie zaś spada stopniowo do poziomu prawidłowego lub też poniżej niego. W innych zaś przypadkach gorączka ma charakter zwalniający, niekiedy przepuszczający, podobny do zimnicy (Carducci), a w niektórych nieprawidłowy niekiedy z codziennymi wieczornymi potami (Lentz). W większości jednak przypadków przeważa typ lekkiej gorączki, w której przebiegu albo brak okresu ciągłego, albo też okres ten trwa krótko. Również bardzo rzadko występuje okres amfiboliczny. W paratyfusie B gorączka trwa zazwyczaj krócej, do 14—21 dni, jakkolwiek zdarzają się przypadki o ciężkim i długotrwałym przebiegu, jak w durze Eberthowskim.

Drugim objawem jest różyczka, pojawiająca się zwykle od trzeciego dnia choroby, czasami nawet pierwszego dnia, niekiedy na początku drugiego tygodnia, a w wyjątkowych przypadkach dopiero w okresie zdrowienia. Wysypka bywa bardzo obfita. Czasami cały chory jest obsypany czerwonemi plamami, dochodzącemi do $1^1/_2$ ctm. średnicy; w niektórych przypadkach wysypka ma podobieństwo do płoniczej, odrowej, niekiedy widzimy petocie.

Wysypka sadowi się przeważnie na skórze brzucha. Na wargach występują opryszczki. Zdarzało się to w 50% przypadków.

Z innych objawów spotykamy: schnięcie i obłożenie języka, brak łaknienia, biegunkę, przyczem wypróżnienia bywają cuchnące, niekiedy o woni gnilnej z obfitą domieszką śluzu, a często w postaci zupy grochowej. Czasami bywa i zaparcie. Śledziona prawie we wszystkich przypadkach bywa powiększona. Obrzmienie jej występuje od 3—5. dnia. Śledziona bywa twardszą, aniżeli w durze brzusznym, jak twierdzą niektórzy. Obrzmienie znika szybciej, aniżeli w durze brzusznym. Obok tego spotykamy zapalenie migdałów oraz nieżyt dróg oddechowych. Ośrodki nerwowe bywają zajęte, podobnie jak w durze brzusznym. Spotykamy tedy: bóle głowy, bezsenność, niepokój, odurzenie aż do śpiączki, albo też bredzenie lub inne zaburzenia psychiczne z omamami wzrokowymi lub słuchowymi, a także stanami maniakalnymi.

Wielokrotnie spostrzegano objawy oponowe: sztywność karku, objaw Kerniga, a niekiedy i drgawki. Tętno bywa względnie zwolnione, dwubitne. Zdarza się też lekki białkomocz gorączkowy, w 30% przypadków odczyn dwuazowy; znajdowano wałeczki szkliste i leukocyty.

Bywają i powikłania w przebiegu paratyfusu. Spostrzegano tedy zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia owrzodziałych jelit, oraz krwotoki jelitowe. Objawy powyższe występują wcześniej, aniżeli w durze, albowiem w paratyfusie daleko wcześniej rozwijają się zmiany w ścianach jelit.

Drogi żółciowe stanowią ulubione miejsce pobytu i rozwoju prątków paratyfusowych, które jednak swej obecności mogą niczem nie zdradzać. Znane są jednak przypadki, w których prątki te w obecności kamieni żółciowych wywoływały zapalenie pęcherzyka żółciowego z typowymi napadami kolki żółciowej.

Stwierdzili to Lorey i Sick w operowanych przez siebie przypadkach. W ciężkim przebiegu cierpią też i oskrzela. Bardzo jednak rzadko spotykano zapalenie płuc płatowe lub zrazikowe, albo też objawy opadowe w płucach, jak również zatory i ropnie. (Bingel spostrzegał w przebiegu paratyfusu ropień płuca, w którym wykryto prątek paratyfusu B. Czy to było pierwotne, czy następcze usadowienie się zarazka, niewiadomo). »Pneumoparatyphus« jest do tej pory nieznany.

Rzadko się zdarza powikłanie z gruźlicą. Natomiast wielokrotnie spotykano surowicze zapalenie opłucnej, a z wy-

sięku wyhodowano prątki paratyfusu B. Zdarzają się także i ropne zapalenia opłucnej.

Z powikłań spostrzegano rzadko zapalenia zakrzepowe żył na dolnych kończynach i w skórze brzucha (thrombophlebitis).

Bardzo rzadko zdarzają się istotne zapalenia nerek, natomiast drogi moczowe ulegają częstemu zakażeniu. To też zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nie należą do rzadkości. W przeciwieństwie do duru brzusznego, w którym te cierpienia przebiegają skrycie bez objawów klinicznych i w którym prątki szybko z moczu znikają, w paratyfusie B prątki trzymają się uporczywie w drogach moczowych, nawet bardzo długo po ukończonej w nich sprawie zapalnej Mocz miewa wtedy przykrą woń, podobną do zapachu śledzia. Oprócz tego występują niekiedy zapalenia jąder i najądrza, u kobiet zaś nierzadko zakażenie dróg porodowych po odbytym porodzie. Zdarzają się też zapalenia ucha środkowego, zapalenia spojówek oraz lekkie zaburzenia w układzie ruchowym oka, w mięśniach (wogóle) ropnie z czystą hodowlą prątka paratyfusu B. Spotykano również cierpienia kości i stawów, zapalenia okołoprostnicze, zatory zatok, zapalenia gruczołów chłonnych oraz tarczycy, jako powikłania, wywołane przez prątki paratyfusu B lub inne drobnoustroje.

Paratyfus może też wikłać inne choroby, jak np. płonicę (Schottmüller), odrę (Lorey), gruźlicę, zapalenie płuc, gorączkę maltańską, rumień krwotoczny (Le Count i Batty), dur brzuszny. W większości opisanych przypadków znajdowano prątki paratyfusu B jedynie w kale, co nie upoważnia do twierdzenia, by to były zakażenia mieszane. Może prątki paratyfusu B przechodziły przez przewód pokarmowy, nie wywołując zakażenia.

Tylko wtedy możemy mówić o zakażeniu mieszanem, gdy we krwi chorego lub jego narządach napotkamy dwa lub więcej rodzajów drobnoustrojów. Becker w jednym przypadku duru brzusznego wyhodował ze krwi i prątki Ebertha i paratyfusu B. Należy jednak pamiętać, iż obecność prątków paratyfusu B we krwi obok innych drobnoustrojów niezawsze przemawia za cierpieniem paratyfusowem, albowiem prątek paratyfusu B może w ustroju osłabionym przewędrować z przewodu pokarmowego do krwi. Jochmann wykrył we krwi dziecka chorego na płonicę prątki paratyfusu B, choć brakło klinicznych objawów paratyfusu B. W podobnych przypadkach rozstrzygnąć wątpliwości jest bardzo trudno. Należałoby badać krew od samego początku choroby. Obecność dwóch drobnoustrojów przemawiałaby za mieszanem zakażeniem. Gdy jednak z początku zjawia się we krwi jeden drobnoustrój, zaś później i drugi, to mówić o mieszanem zakażeniu można tylko z pewnem zastrzeżeniem.

We krwi zachodzą w paratyfusie B podobne zmiany morfologiczne, jak i w durze brzusznym: leukopenia, później względna limfocytoza, znikanie ciałek eozynochłonnych w początku choroby i ich powrót ze spadkiem ciepłoty, przy powikłaniach zaś leukocytoza. — W surowicy wytwarzają się swoiste aglutyniny.

Nawroty w paratyfusie B zdarzają się rzadziej, aniżeli w durze brzusznym i trwają zaledwie kilka dni.

Anatomia patologiczna. Wiadomości anatomo-patologiczne opierają się na niewielkim materyale sekcyjnym, przeto opis zmian niema pretensyi do dokładności. Oto ich obraz: W jelitach wydatne obrzmienie grudek chłonnych oraz kęp Peyera, w dalszym rozwoju martwica tkanki chłonnej, wytworzenie się owrzodzeń i strupów. Sprawa zapalna dochodzi w ścianach jelit do warstwy mięsnej, bardzo rzadko do otrzewnej. Cały narząd chłonny zarówno cienkich, jak i grubych jelit może być zajęty. Gruczoły krezkowe bywają obrzmiałe. — Rolly natomiast twierdzi, iż narządy chłonne jelit stosunkowo rzadko ulegają schorzeniu. Zdarzają się wprawdzie owrzodzenia w jelitach i krwotoki z nich, lecz posiadają one według Rollyego inną genezę, a mianowicie: w paratyfusie B istnieje ciężki nieżyt żołądka i jelit ze skłonnością do krwawień, a na tem tle powstają zdaniem Rollyego dopiero później owrzodzenia; zarówno wylewy krwawe, jak i owrzodzenia, występują bezplanowo na całej przestrzeni przewodu pokarmowego.

Lucksch (z zakładu Chiariego) opisał niewątpliwy pod względem klinicznym przypadek duru z prątkami paratyfusu B, w którym przy badaniu pośmiertnem stwierdzono wybroczyny w śluzówce żołądka, narząd chłonny jelit nietknięty; śluzówka jelit cienkich nieco blada, w kilku miejscach kątnicy i okrężnicy nieprawidłowe, poprzecznie ułożone owrzodzenia; w okrężnicy poprzecznej grudki szaro-żółtej barwy z czerwoną obwódką. Gruczoły krezkowe w przypadku tym, jak również w przypadku Briona i Kaysera, ciemnoczerwonej barwy, albo niewiele, albo zupełnie niepowiększone. Powyższe zmiany odpowiadają raczej czerwonce, aniżeli durowi.

Trzeci typ zmian opisał Loncope: lekkie obrzmienie śledziony, nieco powiększone grudki w jelicie grubem; brak obrzmienia i owrzodzeń narządów chłonnych w ścianach cienkich jelit, martwicze ogniska w wątrobie.

W pewnym szeregu przypadków nie spotykamy zmian w narządzie chłonnym jelit, natomiast miąższowe zwyrodnienie narządów, jak w posocznicy. Wszak wyjątkowo i w durze brzusznym można nie wykryć żadnych zmian anatomo-patologicznych.

Godny uwagi jest przypadek, opisany przez Nauwercka. U noworodka, zmarłego w kilka godzin po urodzeniu, stwierdzono: martwicę śluzówki żołądka, zapalenie, owrzodzenie tejże, lekkie obrzmienie śledziony, zapalenie ucha środkowego, pęcherzyka żółciowego i skazę krwotoczną (wybroczyny w mózgu, siatkówce, podosierdziowe, podopłucne, w grasicy i żołądku). Za życia stwierdzono: zielono-żółtą cerę twarzy, słabe tętno, nizką ciepłotę i wiotkość kończyn. Ze krwi wyhodowano prątki paratyfusu B i prątki okrężnicy.

Według Nauwercka prątek okrężnicy stanowił przypadkową domieszkę po urodzeniu, zaś prątek paratyfusu B przewędrował ze krwi matki do krwi płodu przez łożysko. Matka na 4 tygodnie przed porodem przechodziła ostre cierpienie przewodu pokarmowego o 3-dniowym przebiegu. Badania bakteryologicznego wtedy nie dokonano. Krew matki po porodzie sklejała prątki paratyfusowe B w stosunku 1:200, zaś prątków okrężnicy nie sklejała. Widocznie płód w łonie matki przebył paratyfus B, który wywołał liczne, a nieznamienne anatomo-patologiczne zmiany.

Patogeneza. Tutaj należy powtórzyć to wszystko, com powiedział o durze brzusznym. A więc: w jakiemkol-

wiek miejscu przewodu pokarmowego wchłonięte prątki paratyfusu B przedostają się do narządu chłonnego i dążą: 1) dośrodkowo do gruczołów i większych naczyń chłonnych, atakując przeważnie narządy chłonne jamy brzusznej, 2) odśrodkowo z powyższych narządów przeciskają się do najdrobniejszych rozgałęzień dróg chłonnych w śluzówce jelit, wywołując tutaj zmiany w grudkach chłonnych. Również odśrodkowo prątki przeciskają się do najdrobniejszych naczyń włoskowatych chłonnych w skórze, wywołując różyczkę przez zatkanie tych naczyń i odczynowe przekrwienie naczyniowe resp. zapalenie. Zmiany w grudkach, obrzmienie i owrzodzenie kęp Peyera nie zależą od przenikania drobnoustrojów z treści jelit do wyżej wspomnianych narządów, lecz od wstecznego zawleczenia prątków z naczyń chłonnych krezki.

Tym sposobem owrzodzenia jelit stanowią jedynie miejscowy objaw schorzenia narządu chłonnego całego ustroju. Z naczyń chłonnych prątki przedostają się do krwi. W tym momencie występuje pierwszy widoczny objaw choroby, t. j. gorączka Podobnie jak w durze brzusznym, tak i tu obecność prątków we krwi nie jest dla ustroju sprawą obojętną, lecz przeciwnie, znamionuje swoiste schorzenie. Powstawanie owrzodzeń w jelitach zależy od innego mechanizmu. Podobnie, jak w czerwonce, należy przypuścić, iż prątki z treści jelit przedostają się do śluzówki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr Seweryn Sterling (Łódź). **Postaci kliniczne suchot płucnych**. Warszawa 1913. (Odczyty kliniczne, wydawane przez Redakcyę »Gazety lekarskiej«).

Wśród powodzi artykułów, monografii i traktatów ciężkiego kalibru o gruźlicy, których treść wypełniają przeważnie badania bakteryologiczne, z radością powitać należy każdą pracę, mającą za przedmiot przedewszystkiem klinikę gruźlicy, a temsamem budzącą żywe zainteresowanie w szerokich kołach praktyków, którzy nie mają skądinąd ani czasu, ani możności wnikania głębiej w bardzo zawiłe i niewyjaśnione dotąd dostatecznie sprawy: anafilaksyi, uodpornienia, odczynu tuberkulinowego i t. d. i t. d. Tem radośniej witamy pracę, wychodzącą z pod pióra zaszczytnie znanego badacza gruźlicy, obdarzonego bystrym zmysłem spostrzegawczym i dużem doświadczeniem klinicznem.

Sam tytuł »Postaci kliniczne suchot płucnych« z góry powiada w ogólnych zarysach, o co chodzi autorowi. Cel swój bliżej określa autor w następujących trzech zdaniach: 1) możność rokowania, 2) możność porozumiewania się lekarzy, 3) możność oceny wartości środków i metod leczniczych.

Ponieważ sprawa klasyfikacyi suchot płucnych oddawna zajmowała umysły klinicystów, autor poświęca przeważną część swej monografii wyczerpującej krytyce najważniejszych w tym kierunku dotąd poczynionych prób, w końcu na kilku stronach podaje swą własną klasyfikacyę. Zaznaczyć zaś należy, że przewodnią myślą autora w całej pracy jest ta, iż suchot płucnych nie należy rozważać, jako schorzenie danego narządu, lecz jako chorobę całego ustroju w płucach umiejscowioną, zawarunkowaną całym szeregiem czynników biologicznych i niejednokrotnie powikłaną tą samą etyologicznie sprawą chorobową w innych narządach lub tkankach. — Pod ostrzem krytyki autora pada przyjęta na konferencyi wiedeńskiej w 1907 r. znana klasyfikacya Turbana-Gerhardta, którą Sterling nazywa mechaniczną, bezduszną, »bo jest przeważnie topograficzną i nie stara się nawet o uwzględnienie najgłówniejszych cech różnorodności samych spraw anatomo-patologicznych«. Stosowanie jej jako podstawy do oceny wyników leczniczych w sanatoryach niemieckich wypada często paradoksalnie. Autor przedstawia nam następującą statystykę, dotyczącą 42.232 chorych leczonych w r. 1909:

Okresy	przy przyjęciu do sanatoryum	przy opuszczeniu sanatoryum
		zdrowi 6%
I.	54%	60%
II.	35%	25%
III.	11%	9%

A więc — zaznacza autor — przesunęło się do lepszych okresów razem 12%, gdy ta sama statystyka mówi o wyraźnej poprawie (t. j. o powrocie zdolności do pracy) u 83% wyleczonych! Chyba lepszego argumentu, odzierającego powyższą klasyfikacyę z całej jej wartości klinicznej, przytoczyć niepodobna. Sądząc, że koniecznie należałoby ją poddać rewizyi, autor wspomina o zmianie, zaprowadzonej przez Banga: podział każdego płuca na 18 pól, (szczegóły pomijamy) gdzie stosownie do jednego lub dwóch punktów w każdem polu, iloczyn, (pole) ma określać »lekkość« lub »ciężkość« schorzenia. Próbę tę uważa słusznie Sterling za formalną tylko.

Nad podziałem Denysa lub Spemglera, który w swem ugrupowaniu bierze za punkt wyjścia obecność gorączki lub laseczników, autor nie zatrzymuje się, sądząc słusznie, że czynniki tak zmienne za podstawę klasyfikacyi służyć nie mogą. Więcej miejsca natomiast poświęca nowym pracom w tej specyalnej sprawie, a mianowicie: A. Fraenkla, E. Albrechta i Schuta. — Pierwszy z nich proponuje następujący podział: 1) sprawy wierzchołkowe (szczytowe), jedno, lub obustronne, 2) sprawy zajmujące płat górny, jedno- lub obustronne, o charakterze: a) nacieczenia b) stwardnienia c) jamowym d) powikłane zapaleniem opłucnej lub odmą piersiową, 3) sprawy w płacie górnym ze zmianami w płatach średnim i dolnym. O rozmaitych szczegółach dotyczących większych lub mniejszych zmian, w każdym z tych trzech działów, a wykrywanych zapomocą badania fizycznego, mówić tu nie będziemy, odsyłając ciekawych do pracy Sterlinga; zgadzamy się tylko w zupełności z autorem, który za zasługę tej klasyfikacyi uważa »konieczność uwzględnienia charakteru, jakości obok rozmiarów sprawy«. Ta konieczność właśnie daje powód Albrechtowi do uzupełnienia topograficznej strony klasyfikacyi Fraenkla dość częstymi u dzieci lub osób młodych przypadkami, gdzie sprawa pierwotna zaczyna się w płacie dolnym, a stamtąd postępuje ku górze, a następnie do zmodyfikowania klinicznego podziału, opartego na jakości zmian anatomicznych, w taki sposób: 1) sprawy stwardniające, gojące się, 2) sprawy guzowate, postępujące (oskrzelowe lub dokołaoskrzelowe 3) sprawy pneumoniczno-serowate. Sprawy te w każdym z 3 działów, jako postacie przewlekłe, mogą przebiegać bez jam lub z jamami, które najgorszą rolę odgrywają przeważnie w dziale drugim, będąc źródłem dalszego zakażenia z powodu obfitej ilościowo treści zakaźnej, ale przez swą mnogość w różnych płatach dają wogóle bardzo złe rokowanie.

Nad podziałem ilościowym Albrechta, stosownie do tego, czy ogniska są oddzielne i tylko w jednym płacie, czy też rozsiane, i to nie w jednym płacie, zatrzymywać się nie będziemy, dodając, że Albrecht uzupełnia jeszcze swą klasyfikacyę powikłaniami, jak rozedma, jamy oskrzelowe, gruźlica jelit, gruźlica krtani i t. d. Zauważymy, że i Fraenkel, zgodnie z klasyfikacyą Albrechta, zmodyfikował

i rozszerzył ostatnimi czasy swą dawniejszą klasyfikacyę, uzupełniając ją całym szeregiem szczegółów, które dokładnie opisuje Sterling w swojej pracy. Ale przeciw podziałowi Fraenkel-Albrechta wystąpił Schut, opierając się na tym fakcie, że postać druga, czyli guzowata, nicma właściwej sobie autonomii patologicznej, gdyż zbliża się albo do typu włóknistego albo do typu serowatego i na tej podstawie podaje on dwa wielkie typy gruźlicy jawnej: 1) o charakterze przeważnie rozrostowym, i 2) przeważnie wysiękowym. W każdym zaś z nich dwie postacie: a) niepostępująca lub b) postępująca, przewlekła lub ostra. Wchodzić we wszelkie charakterystyczne szczegóły tych odmian nie będziemy, gdyż idąc za autorem »Postaci klinicznych suchot płucnych« mamy za zadanie podać w ogólnych zarysach usiłowania klinicystów, w sprawie klasyfikacyi podejmowane. — Z tej racyi zatrzymujemy się nad klasyfikacyą Barda i Pieryego. którym autor poświęca sporo miejsca, a pomijamy inne, mniejszej wagi.

Bard zajmuje się tylko postaciami choroby rozwiniętej, pomija zaś okresy początkowe (phthisis incipiens) jako mające objawy za mało charakterystyczne, i »phthisis consumata« jako już pozbawioną odrębnych cech, tak, że na nich oprzeć rozpoznania klinicznej postaci nie można. A więc dzieli on chorobę rozwiniętą na 3 wielkie postacie: miąższowa, śródmiąższowa i oskrzelowa. Pierwszą z nich dzieli na postacie: poronną, serowato-włóknistoserowatą i wreszcie włóknistą, i w tych dwóch ostatnich jeszcze przyjmuje poddziały, stosownie do zmian anatomicznych i przebiegu klinicznego. Również wśród głównych postaci: śródmiąższowej i oskrzelowej, odróżnia on, opierając się na tem samem założeniu, kilka odmian, o których tu mówić nie będziemy.

Przechodzimy wreszcie do klasyfikacyi Pieryego, wprowadzającej nas w prawdziwy labirynt różnych postaci i podpostaci, w których mogą zoryentować się chyba uczniowie samego twórcy tego podziału, trzymając wydrukowany schemat w ręku przy łożu chorego. Toteż słusznie podkreślając zbytnią złożoność tej klasyfikacyi, powiada Sterling, że »spoufalić się z nią może lekarz, wychowany we francuskiej szkole; dla ogółu innych lekarzy, którzy się tej klasyfikacyi dopiero uczyć mają, nie nadaje się ona«.

Istotnie, mamy tu 2 główne postacie: 1) suchoty przewlekłe i podprzewlekłe, 2) postać ostrą. Ale w pierwszej postaci mamy 4 podpostacie: włóknisto-serowatą, włóknistą, łagodną (dyskretną) i formy ukryte, przyczem oprócz ostatniej (ukrytej) każda dzieli się jeszcze na kilka postaci; mamy więc ich w suchotach przewlekłych razem 14. Gdy zważymy, że postać ostra dzieli się na 3 grupy (serowata, prosówkowa i posocznicza), że w serowatej i prosówkowej znajdujemy jeszcze po 5 odrębnych form, otrzymamy razem 11, w sumie zaś postać ostra i przewlekła będą miały ostatecznie 25 różnych form, z któremi Piery, — jak nam przedstawia Sterling — zapomocą szczegółowej charakterystyki objawów klinicznych stara się nas zapoznać. Ale oprócz kliniki posługuje się on dla rozróżniczkowania tej mnogości postaci i podpostaci metodami chemicznemi, hematologicznemi i wreszcie morfologiczną wielopostaciowością lasecznika (homogenes brevis et longus, moniliformis brevis et longus). Czy zmieniające się ilości chlorku mają ostatecznie rozstrzygać o wszelkich skokach choroby, tego nie wiem, ale że metody hematologiczne, jako kryteryum dla oceny nasilenia lub zwolnienia choroby, są jeszcze bardzo niepewne, to rzecz niewątpliwa; — świadczy o tem choćby metoda Arnetha. Również wątpliwem jest, czy zapomocą określonych postaci morfologicznych lasecznika można wnosić dokładnie o przebiegu choroby? Ze zachodzi bowiem stosunek między jednem a drugiem, to rzecz pewna, ale stosunek ten ani dokładnie, ani stale nie jest określony, więc nie może służyć za miarę przy klasyfikacyi dla celów rozpoznania i rokowania.

Gdy wybrniemy z tej mgławicy różnych klasyfikacyi zagranicznych, myśl nasza swobodniej się porusza na terenie swojskim, gdzie spotykamy powszechnie znaną z klasycznego dzieła Sokołowskiego jego własną klasyfikacyę, a teraz zaś mamy nową, głęboko pomyślaną, a krótko i jasno sformułowana przez Sterlinga.

Postacie kliniczne suchot przewlekłych.

I Phthisis incipiens { a) latens / b) manifesta } { stationaris / progrediens } { acuta / chronica }

II. Phthisis declarata { fibrosa / fibro-caseosa / caseosa } { stationaris / progrediens } { acuta / chronica } localisatio

III. Phthisis consumata { fibrosa / fibro-caseosa / caseosa }

Już pobieżny rzut oka wykazuje, że klasyfikacya ta jest bardzo prosta, przystępna, gdyż opiera się na głównych typach anatomicznych (sprawa włóknista, włóknistoserowata i serowata), ma na oku najważniejsze postacie kliniczne, a więc początkującą gruźlicę, gruźlicę już rozwiniętą i gruźlicę wyniszczająco-postępującą i uwzględnia ze stanowiska przebiegu klinicznego dwie zasadnicze cechy: wstrzymanie lub postępowanie sprawy, w formie ostrej lub przewlekłej.

Klasyfikacya ta, gdy się bliżej nad nią zastanowić, nadaje się, zdaniem naszem, lepiej niż wszystkie dotychczasowe, rozpatrzone przez Sterlinga, zarówno dla celów rozpoznania klinicznego, jako też i dla oceny wyników leczniczych w sanatoryach (lub szpitalach), gdzie mamy duży materyał chorych. Na podstawie tej klasyfikacyi daleko łatwiej rozpoznać dany przypadek kliniczny i zaliczyć go do takiej to głównej postaci, mającej przeważający charakter anatomiczny, przy przebiegu pomyślnym (stationaris) lub niepomyślnym (progrediens), szybkim lub powolnym. Mamy przy tej klasyfikacyi ramy nie tak obszerne, jak u Pieryego, przez które dana sprawa chorobowa może wylecieć nazewnątrz i nie tak wązkie, jak u Turbana-Gerhardta, że z trudnością w nich da się co pomieścić; mamy nadto ramy z materyału odpowiednio giętkiego, w które obraz choroby dogodnie wsunąć się daje. Dla oceny wyników sanatoryalnych, trzy główne postacie, zamiast trzech okresów Turbana-Gerhardta, wydają się nam daleko odpowiedniejszemi, zwłaszcza, że podczas leczenia można kierować się poddziałami tych trzech głównych postaci, posługując się obok badania fizycznego i rentgenologicznego, całym szeregiem metod bakteryologicznych, cytologicznych i biologicznych, którym też autor wyznacza odpowiednie miejsce.

Uznając całą zmienność suchot płucnych w ich przebiegu, podaje nam Sterling kilka przykładów dla oryentowania się zapomocą swej klasyfikacyi w sprawie rokowania. Ale tu właśnie, zdaniem naszem, autor zamało liczy się z jednym bardzo ważnym czynnikiem — odpornością ustroju, która zarówno w przypadkach lekkich, jak i ciężkich (nie mówiąc o beznadziejnych) zadaje skądinąd kłam naszym przewidywaniom, opartym choćby na bardzo dokładnych badaniach. Pozwolimy sobie przypuszczać, że dopóki sprawa odporności ustroju nie będzie należycie wyjaśnioną, klinika, pomimo wszelkich dziś znanych metod, będzie nam sprawiać w sprawie rokowania miłe lub przykre niespodzianki. Idąc dalej, nie możemy przyznać, aby klasyfikacya postaci klinicznych suchot odgrywała tak wielką rolę, jak tego chce autor, w planowej ftizyoterapii, (patrz str. 60), gdyż ta kieruje się więcej przebiegiem choroby, niż zaliczeniem danego przypadku do danej odmiany, ta zaś w dynamice patologicznej jest rzeczą czasową nie stałą, co sam autor wyraźnie zaznacza (str. 4). Z tych też względów sądzimy, że autor nieco przecenia rolę klasyfikacyi, czy to w sprawie stosowania tuberkuliny (str. 60), czy jakichkolwiek zabiegów lub leków

(str. 61). Zawsze tu będzie rozstrzygać prędzej dynamika — przebieg, niż statyka — klasyfikacya, a co się tyczy tuberkuliny, to przeszło 22 letnia jej historya każe przypuszczać, że nie prędko wyjdziemy z okresu »macania«.

Streszczając w kilku słowach to, cośmy powiedzieli, z całą przyjemnością stwierdzamy, że dla rozpoznania, dla oceny wyników leczniczych na podstawie początkowego rozpoznania, wreszcie dla celów praktycznych wzajemnego porozumienia się lekarzy, klasyfikacya Sterlinga jest poważnym krokiem naprzód i powinna usunąć inne, albo zanadto »mechaniczne«, jak Turbana-Gerhardta, lub zanadto zawikłane, jak Pieryego, cała zaś praca Sterlinga jest poważnym nabytkiem w naszem niezbyt bogatem piśmiennictwie lekarskiem i ze wszech miar zasługuje na to, aby była znana nietylko ogółowi lekarzy polskich, lecz aby wyszła daleko poza granice naszego kraju. K. Dłuski (Zakopane).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Schmerz. **Doświadczenia z hyperolem.** (Klin. therap. Woch. 1912 Nr 29). S. donosi o korzystnych wynikach leczenia hyperolem z kliniki chirurgicznej w Gracu Hyperol jest to połączenie wody utlenionej z karbamidem zapomocą kwasu cytrynowego. Przedstawia się jako śnieżnobiały proszek, rozpuszczalny w wodzie, i zawiera 35% H_2O_2. Wyrabiany jest też w postaci pastylek po 1,0; celem sporządzenia 3% rozczynu trzeba dać 10 pastylek na 100,0 wody. Hyperol działa o wiele lepiej, niż polecany także w pastylkach pergenol. Hyperol nadaje się do opatrywania ran zakażonych w postaci płynu, proszku, maści, ew. gazy; oczyszcza szybko rany, pobudza ziarninę, odwania ranę i t. d. (Niestety cena jest dość wysoka, bo gram kosztuje 9 halerzy, tak, że rozczyn wypada bardzo drogo. Przyp. sprawozd.). A.

Czerny. **O powstawaniu i leczeniu raka.** (Odczyt w Uranii 5. III. 1913). Odczyt ten, chociaż przeznaczony dla laików, przedstawia i dla lekarzy wiele ciekawego, choćby dlatego, że C. podał tu wiele uwag, które oparte są na własnej pracy, ale nie stwierdzone naukowo, tak, że przed gronem lekarskiem C. z niemiby może jeszcze nie wystąpił. Wyniki operacyi raków nie zawsze i nie wszędzie są dobre. Przy raku sutka osiąga się np. zaledwo około 40% wyleczeń, przy raku żołądka 20—30% i t. d., ogółem wziąwszy liczyć można, że zaledwo 40% operowanych na raka pozostaje na stałe wyleczonych. Dowodzi to jasno, że prócz operacyi musimy się oglądać i za innymi sposobami w leczeniu czy doleczaniu. Znaną jest rzeczą, że udaje się doświadczalnie przenosić nowotwory złośliwe i bez szczepienia komórek, tak, że zdaje się nie ulegać wątpliwości, iż przyczyną raka są pewne nieznane nam dotąd drobnoustroje. Bezwarunkowo do powstania raka konieczną jest indywidualna dyspozycya, która może być nabytą lub wrodzoną, dalej wrota wtargnięcia zarazka (zranienia, sprawy zapalne, wrzody, blizny, brodawki i t. p), a wreszcie właściwy zarazek, który dostaje się do ustroju człowieka zdaje się drogą pośrednią przez t. zw. gospodarza i dlatego rak właściwie nie jest bezpośrednio zaraźliwy. Nowe sposoby leczenia raka, nie nadającego się do operacyi, dają coraz lepsze wyniki, bo obecnie już około 13% polepszeń, równających się wyleczeniu. Aby walka z rakiem była skuteczną, powinno społeczeństwo nie szczędzić pieniędzy na zakładanie szpitali i stacyi doświadczalnych do walki z rakiem. K.

Jacobaeus. **O laparoskopii i torakoskopii.** (Beitr. z. Klin. der Tub. XXV. z 2). J. zachęca do oglądania jamy brzusznej i piersiowej sposobem, podanym przez siebie. Używa do tego cystoskopu Nitzego Nr 12 z trójgrańcem. W jamie brzusznej łatwo wykonać to oglądanie, gdy znajduje się tam płyn, bo przy sposobności wypuszczenia płynu w miejsce jego wpędza się powietrze jałowe i ogląda wtedy jamę brzuszną. O ile płynu nie ma, wbicie trójgrańca może być niebezpiecznem. W klatce piersiowej postępuje się podobnie. Chory leży na zdrowym boku. W razie odmy piersiowej wbija się trójgraniec w VI lub VII międzyżebrze nieco na wewnątrz od przedniej linii pachowej, przy wysiękach w VII—IX poniżej brzegu łopatki, względnie bliżej linii środkowej, wypuszcza się płyn i wpędza powietrze. J. badał dotąd 109 razy jamę brzuszną (24 nowotworów) i 88 razy klatkę piersiową. K.

Finsterer. **Leczenie raka żołądka zapomocą naświetlania guza, wyłożonego poza jamę brzuszną.** (Tow. lek. wiedeń. II. 1913). F. donosi o przypadkach raka żołądka, nie nadających się do doszczętnej operacyi, a leczonych w ten sposób, że stwierdziwszy przy operacyi, iż guz nie nadaje się do wycięcia, umocowuje się go o ile się da w ranie brzusznej, a po kilku dniach rozpoczyna się naświetlanie promieniami Röntgena w silnych dawkach. W ten sposób w klinice Hochenegga leczono 8 chorych.

W 3 przypadkach uzyskano zupełne zniknięcie guza, w 5 leczenie pozostało bez skutku (z tego w 3 istniały już wybitne przerzuty w otrzewnej i wątrobie). Że rak pod wpływem tego leczenia rzeczywiście znika, dowodzi przypadek, w którym guz znikł zupełnie, tak, że przypuszczano, iż może rozpoznanie było mylne. Tymczasem w pewien czas chory ten powrócił z przerzutami w wątrobie i ze zwężeniem przełyku. Leczenie to naturalnie nie może być uważane za doszczętne, często wobec głębokiego położenia raka lub zrostów nie może być swobodnie stosowane, — bądź co bądź jednak tam, gdzie da się zastosować, trzeba tego leczenia spróbować, bo przynosi ono choć czasową znaczną ulgę chorym. K.

Ewald. **Przyczyna urazowego kostnienia mięśni.** (Zeit. f. ärzt. Fortbild. 1912 Nr. 20). Autor zastanawia się nad przyczyną urazowego kostnienia mięśni. Odrzuca przypuszczenia, że ogniska kostne pochodzą z tkanki łącznej lub zabłąkanych strzępów okostnej a twierdzi, że przyczyną kostnienia mięśni jest płyn stawowy. E. stara się to udowodnić następująco: w początkach cierpienia spotyka się w obrazie rentgenowskim chmurkowato rozlany cień w sąsiedztwie stawu, przemawiający właśnie za rozlaniem się płynu. Również przemawia za tem kształt skostnień, które jak na oderwania okostnej są za długie i za szerokie. Dalej przemawiały za tem nawroty po zbyt wczesnej operacyi, przyczem ciecz stawowa z stawu dostaje się w otoczenie, a wreszcie fakt, że miesienie i ruchy wczesne właśnie pogarszają stan, wpychając płyn dalej. K.

Kreuzfuchs. **O wrzodzie dwunastnicy.** (Med. Klinik 1913 Nr 12). Objawy wrzodu dwunastnicy znamy obecnie już o wiele lepiej i dlatego rozpoznajemy to cierpienie częściej, notabene, że także badanie promieniami Röntgena oddaje tu nieraz cenne usługi. Wrzód dwunastnicy w przeciwieństwie do wrzodu żołądka występuje częściej u mężczyzn. Zwykle znajduje się on na przedniej ścianie dwunastnicy; dosięga nieraz wielkości dwukoronówki. U 10% bywają wrzody mnogie. Przy badaniu trzeba zebrać najpierw bardzo dokładne wywiady co do rodzaju i sposobu powstawania bólów. Bóle określają chorzy jako świdrujące, w środkowej linii ciała albo więcej po stronie prawej, występujące w kilka godzin po jedzeniu. Bóle te występują z przerwami, nieraz długi czas trwającemi: krwotoki występują zaledwo w 37%, przedziurawienia bardzo rzadko, tkliwość brzucha w 10% Najczęściej w żołądku spotykamy nadkwaśność i szybkie opróżnianie się. Chorzy mają apetyt bardzo dobry, przyczem głód wywołuje ból, a po jedzeniu zjawia się ulga, poczem znowu w 2—4 godzin po-

jawia się wzdęcie, bóle i gniecenie. Bóle występują najczęściej po obiedzie koło godziny 4. i koło godziny 2. w nocy; toteż chorzy przygotowują sobie na noc posiłek. Nieraz ucisk brzucha sprawia ulgę. Bóle występują czasem napadowo po zaziębieniu, względnie w miesiącach zimowych (grudzień do lutego) i trwają 2 tygodnie lub nawet kilka miesięcy, poczem na pewien czas znikają bez śladu. Ból występujący w pewien czas po jedzeniu pochodzi z późnego skurczu odźwiernika. W uporczywych przypadkach najskuteczniejsze jest leczenie chirurgiczne, zwłaszcza jednostronne wyłączenie odźwiernika podług Eiselsberga. A

Krecke. **O przewlekłem Zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Jeżeli nawet poglądy co do operacyi ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego niezawsze są zgodne, to tem trudniejsza jest ocena przewlekłego zapalenia wyrostka. Przedewszystkiem nie ulega wątpliwości, że w dobie obecnej nietylko chorzy, ale i lekarze są pod suggestyą tego cierpienia i o wiele częściej przypuszczają obecność zapalenia wyrostka tam, gdzie go niema, niż odwrotnie. Wiele innych cierpień bierze się często mylnie za zajęcie wyrostka np. różnego rodzaju zaparcia, nieżyty kiszki (colitis), opadnięcie trzew, niedowład kiszki ślepej lub jej nadmierną ruchomość, kamienie wątrobowe, nerkowe, nerkę ruchomą, wrzód żołądka, zapalenie przydatków, zapalenie płuc z objawami brzusznymi i t. d. Zwłaszcza postępy chirurgii przyczyniły się do tego, że wobec żadnego prawie niebezpieczeństwa operacyi wyrostka operuje się go może zbyt często i stąd pochodzą statystyki dowodzące, że w przewlekłem zapaleniu wyrostka nieraz operacya nie przynosi ulgi. Z drugiej strony należy uwzględnić, że są różne postacie przewlekłego zajęcia wyrostka, np. takie, gdzie w wywiadach nie ma ani śladu przebytych napadów, dalej znów takie, gdzie chory dokładnie opisuje przebyte napady, a przy operacyi wyrostek okazuje się na oko niemal zupełnie zdrowy. Badanie makroskopowe wyrostka nie ma też tak doniosłego znaczenia, jak badanie drobnowidowe. Naodwrót znów nieraz przebieg zapalenia przewlekłego z wywiadów czy obserwacyi wydaje się bardzo lekki, a przy operacyi znajduje się bardzo daleko posunięte zmiany w wyrostku.

Niekiedy też mimo rzekomo zdrowego wyrostka, znalezionego przy operacyi, po wycięciu znikają przypady bez śladu. Przed przystąpieniem do operacyi trzeba zastanowić się dobrze, czy dane przypadłości rzeczywiście i na pewno pochodzą z wyrostka. Często po operacyi z początku stan jest przez suggestyę korzystny, poczem przypady powracają, bo nie pochodziły one z wyrostka. Przy badaniu trzeba zatem uwzględnić charakter bólów, ich siedlisko pierwotne i rozpromienianie się, częstość i rodzaj występowania, zależność od ruchów i wysiłków fizycznych, regularności, bolesność innych miejsc w brzuchu, oporność brzucha, zmiany w stolcu, skutek leczenia dyetetycznego, a wreszcie stan układu nerwowego. Nie należy opierać wskazania do operacyi na jednorazowem badaniu, ani tem bardziej tylko na wywiadach u chorego, którego dotąd żaden lekarz nie badał. Są wprawdzie chirurdzy, wycinający każdy wyrostek, nawet zapobiegawczo, ale pamiętać należy o tem, że u osoby nerwowej potem może dopiero rozwinąć się poważne cierpienie nerwowe. K.

Laryngologia i otyatrya.

Kobrak. **Bóle ucha i ich znaczenie rozpoznawcze.** (Medizinische Klinik 1912 Nr 25). Bóle w uchu występują w zapaleniu ucha zewnętrznego i w zapaleniu ucha środkowego. Dla rozpoznania różniczkowego należy o tem pamiętać, że w pierwszym razie słuch zwykle nie jest bardzo upośledzony i bóle bywają wywołane przez ucisk wywarty w kierunku pionowym do ściany przewodu ucha zewnętrznego, w drugim zaś razie słuch od początku mniej lub więcej jest upośledzony i ból bywa wywołany przez ucisk, wywarty na wewnątrz w kierunku równoległym do dolnej ściany przewodu, a sama choroba przeważnie dołącza się do sapki, do zapalenia gardła i t. p. U małych dzieci bóle uszne objawiają się tem, że dzieci chwytają rączkami za ucho chore lub wciskają chore ucho w poduszkę i przy myciu nie pozwalają dotykać się ucha. Starsze zaś dzieci określają nieraz bóle, pochodzące z ucha środkowego, jako ból w zębach lub w policzku. W uchu mogą być odczuwane bóle rozpromieniające się, pochodzące ze zmian w jamie nosowogardłowej, szczególnie w przypadkach wrzodu w okolicy trąbki, który przy zwykłem oglądaniu gardła uchodzi uwagi, a dla rozpoznania wymaga tylnego wziernikowania nosa. Podobnie ropotok w bocznych jamach nosa, zwłaszcza w jamie szczękowej, może dać powód do bolesnego uczucia ucisku w uchu. Dość często zepsute zęby, jak również wrzody krtani, szczególnie przyrody gruźliczej, bywają źródłem silnych bólów usznych, na co w danym razie należy zwracać należytą uwagę.

Spira.

Heilskov i Nahler. **O leczeniu śródoskrzelowem zapalenia oskrzeli i dychawicy.** (Monatsschrift f. Ohrnh. 1913 Nr 1). Autorzy podają 30 przypadków, leczonych w sposób następujący. Na pół godziny przed zabiegiem wstrzykiwano choremu podskórnie $^1/_2$—1 cg. morfiny. Po znieczuleniu gardła i krtani 10$^0/_0$ kokainą z adrenaliną rozpylano śródoskrzelowo przez rurkę bronchoskopową (28 przyp.) albo przez rozpylacz Ephraima (2 przyp.) 2$^0/_0$ rozczyn nowokainy z adrenaliną, albo rozczyn Schleicha, albo 3$^0/_0$ rozczyn kokainy z adrenaliną. Postępowanie to powtarzano po 2—4 razy w 27 przypadkach dychawicy oskrzelowej i 3 przypadkach zapalenia oskrzeli. W 6 przypadkach osiągnięto wyleczenie, w 11 poprawę. Wszyscy jednak chorzy doznawali bezpośrednio po każdym zabiegu wyraźnej ulgi. Dla rozstrzygnięcia pytania, czy skutek ten przypisać należy lekarskiemu działaniu środków znieczulających, czy też mechanicznemu działaniu bronchoskopu na skurcz mięśni oskrzelowych (Ephraim), wstrzykiwali autorzy dla kontroli w dwóch przypadkach wodę przekroploną, w jednym zaś nie używano żadnego leku; skutek był we wszystkich tych 3 przypadkach podobnie zbawienny, jak w innych przypadkach, w których stosowano wymienione wyżej leki.

Spira.

Scheibe. **Wskazania do przebicia błony bębenkowej i do dłutowania wyrostka w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego.** (Zeitschr. f. ärzt. Fortb. IX. 22). Przebija się błonę bębenkową w takim razie, gdy sprawa trwa już kilka dni, a ostrość słuchu przy szeptaniu spadła poniżej $^1/_2$ metra. Dłutowanie wyrostka, jako zabieg natychmiastowy, ratujący życie, jest wskazany: 1) w razie objawów powikłań śródczaszkowych, względnie zaczynającego się przebicia do błędnika (głuchota i zawroty); 2) w razie wybitnego chełbotania za uchem, przetok, przebijania się ropy i t. p.; 3) przy obrzęku za uchem, trwającym trzy tygodnie mimo leczenia; 4) przy wielkiej tkliwości wyrostka w późniejszych okresach mimo skrupulatnego leczenia; 5) w razie silnych bólów i pogarszania się objawów mimo przebicia błony bębenkowej. K.

Zografides. **Ozena.** (Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1912, Nr 12). Spostrzeżenia, zebrane w rodzinach, szkołach, fabrykach dowodzą, że ozena nie jest zaraźliwą. Ujemny wynik próby Wassermanna wyłącza jej pochodzenie kiłowe. Na podstawie tego i teoretycznych rozumowań uważa Z. ozenę za chorobę wogóle nie zakaźną, a przyjmuje za przyczynę ozeny nerwowe zaburzenie odżywcze na tle zboczenia konstytucyonalnego, nieraz rodzinnego. Za tem przemawia też, zdaniem Z., zanik części miękkich i kostnych odpowiedniej połowy twarzy, który autor u chorych na ozenę jednostronną często stwierdzał. Za przyczynę usposabiającą uważa Z. zimnicę, zwłaszcza w Grecyi częstą i wynikające z niej charłactwo. Gruczoły śluzowe nosa stoją pod wpływem nn. mózgowych i współczulnych. Nn. mózgowe, wpływające na te gruczoły, przebiegają w drugiej ga-

łęzi n. trójdzielnego, włókna współczulne pochodzą ze zwoju klinowo-podniebiennego. Badania Heidenhaina i Aschenbranda wykazały, że podrażnienie n. trójdzielnego wywołuje obfitą, wodnistą wydzielinę z nosa, podrażnienie zaś zwoju klinowo-podniebiennego wywołuje wydzielinę skąpą, ciągnącą się, śluzową. Przez zaburzenia odżywcze n. trójdzielnego czynność jego zmniejsza się, pozostaje tylko czynność gałązki współczulnej. W ten sposób tłómaczy się, zdaniem autora, w ozenie skąpa wydzielina łatwo wysychająca. Prątki opisane, jako przyczyna tej choroby, uważa Z. za proste saprofity, z zanikiem żadnego związku nie mające. Nakoniec omawia Z. niedostateczność wszystkich dotychczasowych metod leczniczych i podaje własną, polegającą na dotykaniu całej powierzchni oczyszczonej wpierw błony śluzowej nosa mało ogrzanym szerokim końcem galwanokauteru. Oprócz tego chory ma sobie nacierać jamę nosową 2 razy dziennie maścią z 2—10% kalomelu. Równocześnie podaje się dla leczenia stanu ogólnego wewnętrznie przetwory jodowe, żelaziste, tran z fosforem lub arszenik podskórnie. 24 historyi choroby przytacza Z. na dowód, że swym sposobem leczenia osiągnął dobre wyniki. Spira.

O. Beck i S. Crowe. **Przyczynek do rozpoznania utrudnionego odpływu krwi z mózgu, ze szczególnem uwzględnieniem zakrzepu zatok pochodzenia usznego.** (Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1912, Nr 12). Doświadczenia, wykonane na 20 zdrowych ludziach, wykazały, co następuje: 1) Przy uciśnięciu żyły szyjnej jednej strony palcem nie widać żadnej zmiany w żyłach siatkówkowych i nadoczodołowych. 2) Równoczesne uciśnięcie obu żył szyjnych wywołuje wyraźne rozszerzenie żył na dnie oka i żył, stanowiących połączenie obiegu żylnego wewnątrz- i zewnątrzczaszkowego. 3) Jeżeli po uciśnięciu obustronnem ucisk po jednej stronie nagle ustaje, to żyły, przedtem przepełnione, klęsną. Trzy te fakta są bardzo ważne o tyle, że jeżeli w pewnym przypadku wynik takiego badania znacznie zbacza od schematu wyżej podanego, to można przypuścić albo zboczenie krążenia śródczaszkowego, albo jakieś zmiany, utrudniające odpływ krwi z mózgu. Przy zakrzepie zatoki żylnej istnieje mniejsza lub większa przeszkoda dla odpływu krwi do żyły szyjnej. Uciśnięcie żyły szyjnej drugiej strony palcem wywoła wtedy niewątpliwie objawy zastoju. Jeżeli zatem u chorego na uszy stwierdzano zrazu podanymi powyżej sposobami stosunki prawidłowe, a później przy podniesionej ciepłocie badanie wykazuje, że krew po jednej stronie nie odpływa tak swobodnie, jak po drugiej, to można na tem opierać rozpoznanie wikłającego sprawę uszną zakrzepu zatoki żylnej. Spira.

J. Meyer: **Zużytkowanie lokalizacyi dźwięku w celu wykazania różnic słuchowych, używanie jej jako próby do udawania.** (Monatsschrift f. Ohrhk. 1912). M. podaje dwie obmyślone przez siebie metody w celu stwierdzenia jednostronnego udawanego lub prawdziwego niedosłyszenia wysokiego stopnia lub głuchoty. 1) Metoda odchylenia (Ablenkungsprobe) polega na tem, że badanego, zawiązawszy mu dokładnie oczy, obraca się w krześle obrotowem kilka razy w różnych kierunkach w celu zdezoryentowania go. Następnie ma on wskazać wyprostowanemi ramionami kierunek, w którym znajduje się pewne źródło dźwiękowe, trwające bardzo krótko. Pokazało się, że w świeżem jednostronnem niedosłyszeniu chory lokalizuje zawsze po stronie zdrowej, niezależnie od rzeczywistego kierunku pochodzenia głosu. Odchylenie to ustaje w chwili poprawy słuchu po stronie chorej. Udający głuchotę zdezoryentowany oznaczy nieraz kierunek głosu po stronie rzekomo chorej. 2) Próba nasilenia (Intensitätsprobe) wykonuje się w sposób podobny. Badany ma w początku zapamiętać sobie siłę pewnego dźwięku. Po zdezoryentowaniu go przez kilkorazowe nieregularne obrócenie, ustawia się źródło dźwięku raz po jednej, raz po drugiej stronie chorego, który ma odrazu podać, czy słyszy teraz dźwięk głośniej, słabiej, czy równie głośno, jak przedtem. Zdrowy słyszy zawsze dźwięk równie silnie, natomiast jednostronnie niedosłyszący słyszy dźwięk głośniej, jeżeli źródło dźwięku znajduje się po stronie zdrowej. W ten sposób próby te mogą służyć do odkrycia udawania. Spira.

Blegrad: **Znieczulenie błony bębenkowej.** (Archiv. internation de laryng., d'otol. 1912). W celu znieczulenia błony bębenkowej przy przekłuciu jej posługiwał się B. z korzyścią następującą mieszanką: »Cocain hydrochlor. 1·0, Acid. salicyl. 1·0, Alcohol absol. 2·0, Sol. adrenalin. ($^1/_{1000}$) gt. 10«. Zwitek waty, zamoczony w tym rozczynie, przyciska się przez 15—20 minut do tego miejsca błony, które ma być przecięte, poczem zazwyczaj następuje znieczulenie. Bolesne pieczenie, występujące zaraz po przyłożeniu tego środka, prędko ustępuje. Dodatek kw. salicylowego służy do zniszczenia nabłonka błony bębenkowej, co ułatwia zadziałanie środka znieczulającego. W celu zupełnej bezbolesności zabiegu powinien nożyk, do tego używany, być dobrze zaostrzony i powinno się przytem unikać dotknięcia nim wewnętrznej ściany jamy bębenkowej. Z 54 w ten sposób wykonanych przecięć, większa połowa była całkiem bezbolesna, zresztą zaś bolesność była zmniejszona. W ten sam sposób udało się też bezbolesne wycięcie polipów usznych; natomiast przy nacięciu czyraków w przewodzie zewnętrznym ucha lub przy częściowem wycięciu błony bębenkowej chorzy zawsze czuli bolesny ucisk narzędzia na zapaloną tkankę. Spira.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 9. lutego 1913 r.

I. Rozpatrzono regulamin Zjazdów lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

II. Kol. Łokczewski przedstawił dziecko tygodniowe **z wynicowaniem pęcherza.** Poniżej pępka w miejscu niezamkniętej ściany brzusznej guz wielkości jabłka. Powierzchnia guza czerwona, usiana brodawkami, zwilżona spływającym moczem, przy dotykaniu krwawi. Ujścia moczowodów nie widać. Prącie niedokształcone, tylna część zlewa się z guzem. Ujście cewki moczowej na grzbiecie prącia (epispadiasis). Jądra i moszna prawidłowe.

W dyskusyi a) kol. Rozenfeld zaznacza, że guz, wystający na zewnątrz, jest właściwie tylną ścianą pęcherza, która zajmuje przestrzeń wolną, powstałą wskutek rozejścia się mięśni prostych brzucha i kości łonowych; dalej mówi kol. R. o przebiegu klinicznym tego cierpienia i najważniejszych metodach leczenia operacyjnego; b) kol. Biegański przypomina, że podobny przypadek był już przedstawiony w Towarzystwie lek. częstochowskiem przed kilku laty; c) kol. Stefan Kohn zatrzymuje się bliżej na powstawaniu tego zboczenia rozwojowego i obiecuje sprawę tę omówić w osobnym referacie na jednem z następnych posiedzeń.

III. Kol. Biegański: **Stosowanie sedobrolu w padaczce.** Ważnym czynnikiem w leczeniu padaczki obok podawania bromu jest ograniczenie soli kuchennej w pokarmach. Przeprowadzenie tej dyety w ciągu dłuższego czasu jest bardzo trudne, gdyż chorzy wkrótce doznają nieprzezwyciężonego wstrętu do jedzenia. Żeby zaradzić tej trudności, wprowadzono w ostatnim czasie do leczenia padaczki połączenia bromu z solą kuchenną i przyprawami korzennemi w postaci pastylek pod nazwą sedobrolu Roche. Każda pastylka zawiera nieco więcej nad 1·0 gr. soli bromowych i 1·0 gr. soli kuchennej z domieszką korzeni. Pastylkę rozpuszcza się w $^1/_4$ litra wody gorącej i spożywa się, jako zupę. Po rozpuszczeniu kilku pastylek w łejsa-

mej ilości wody otrzymujemy sos, który można dodawać do różnych potraw. Leczenie polega na stosowaniu pożywienia możliwie niesłonego, do którego dodaje się od 3 do 5 pastylek dziennie w postaci sosu lub zupy. Wyniki tego sposobu leczenia, jak świadczą liczne sprawozdania, ogłoszone w roku zeszłym w »Münch. med. Wochenschr.«, są bardzo pomyślne.

III. Kol. Rozenfeld poruszył sprawę utworzenia przy Towarzystwie lekarskiem sekcyi przeciwgruźliczej. Na początek, wobec braku funduszów, zadania sekcyi byłyby bardzo skromne. Urządzanie odczytów popularnych, rozpowszechnianie wydawnictw Towarzystwa przeciwgruźliczego warszawskiego, pomoc lekarska bezpłatna, w miarę możności materyalna, stanowiłyby najważniejsze zadania sekcyi. Stopniowo w miarę szerszego zainteresowania się tą sprawą ogółu, sekcya przeciwgruźlicza mogłaby dążyć do założenia Towarzystwa przeciwgruźliczego, jako instytucyi samoistnej i niezależnej. W obecnych warunkach, przy ogólnym zastoju i apatyi, instytucya taka nie miałaby widoków powodzenia i nie zdołałaby skupić dokoła siebie ludzi, chcących na tem polu pracować.

W dyskusyi kol. Biegański projekt powyższy uważa za słuszny i sądzi, że utworzenie sekcyi przeciwgruźliczej da się pogodzić z zadaniami, objętemi ustawą Towarzystwa. Szczegóły projektu mogą być rozpatrzone na pierwszem posiedzeniu powakacyjnem, które odbędzie się z udziałem umyślnie w tym celu zaproszonych gości.

Posiedzenie z dnia 23. lutego 1913 r.

I. Kol. Wasilewski przedstawił chorą **z rumieniem guzowatym** i wypowiedział kilka uwag o zakaźnem pochodzeniu tej choroby.

II. Kol. Stefan Kohn pokazał na chorej, w jaki sposób każdy lekarz wykonać może łatwo **racyonalną opaskę brzuszną**. Wzór tej opaski podany został przez Ascha. Za materyał służy specyalne i odpowiednio grube płótno. Wymiary powinny być ściśle przystosowane do wielkości brzucha. Opaska spełnia doskonale swoje zadanie i nie wywiera nigdzie niepożądanego ucisku. W końcu kol. Kohn przedstawił opaskę gotową.

III. Apt. Szydłowski: **O standardyzacyi leków**. Standardyzacyą, od angielskiego wyrazu »standard« (wzór), nazywamy mianowanie czyli doprowadzenie leku do przepisanej zawartości działającego składnika. Standardyzacya może być chemiczną, jeżeli zawartość składnika określamy zapomocą analizy chemicznej, i fizyologiczną, jeżeli wartość leku określamy wynikiem działania jego na zwierzęta. Standardyzacya chemiczna znana jest i stosowana oddawna w farmacyi. Od lat kilku nadto wprowadzono standardyzacyę fizyologiczną tych leków, których wartość lecznicza nie daje się określić zapomocą analizy chemicznej. Pierwszy zastosował ją Houghton. Metoda ta daje najlepsze wyniki przy sprawdzaniu środków sercowych. Największem uznaniem cieszą się dwie główne metody — Houghtona, który za miano przyjął t. zw. »Heart tonic unit« (jednostkę sercowotoniczną), wyprowadzoną z dawki śmiertelnej leku dla żaby i Fockego, który oparł swój sposób na wyliczaniu czasu, potrzebnego dla zupełnego skurczu komory sercowej żaby. Wobec tego, że w doświadczeniach powyższych liczyć się trzeba z indywidualnością zwierząt i różnymi nieuchwytnymi czynnikami, mianowanie fizyologiczne nie może zasługiwać na nazwę badania ściśle naukowego i zastąpić analizy chemicznej. Na razie jestto jedyny sposób określenia wartości środków sercowych.

W dyskusyi oprócz referenta zabierali głos kol. Biegański, Stefan Kohn i apt. Nowak.

IV. Przedstawiciel firmy Klawe z Warszawy, dając odpowiednie wyjaśnienia, pokazał wszystkie wyroby lecznicze Klawego. Karol Rozenfeld.

42. Zjazd chirurgów niemieckich

(Berlin, 26—29 marca 1913)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

Sprengel (Brunszwik). **Dobór środka usypiającego przy operacyach w jamie brzusznej z powodu ostrych spraw zapalnych.** Unikać należy chloroformu, a natomiast stosować uśpienie morfinowo-eterowe. Kümmel zaleca śródżylne uśpienie eterowe, a przedtem i sopral, Petroff uśpienie hedonalowe.

Stammler (Hamburg). **Leczenie nowotworów złośliwych wyciągami z nich samych.** (Demostracya wyleczonego chorego). S. uzyskał wyleczenie z raka macicy u 65-letniej chorej, wstrzykując jej wyciąg z gruczołu z przerzutem raka. Wyleczenie trwa już od 2 lat.

Na wieczorze demonstracyjnym omawiał Fränkel (Berlin) przypadki operacyi brzusznych, w których w rozpoznaniu były pomocne promienie Röntgena, Cohn (Berlin) badania nad trawiennem napełnianiem się i opróżnianiem wyrostka robaczkowego, Schmieden operacyjne leczenie zaparcia stolca, Rehn doświadczenia z fizyologią i patologią osierdzia, Coenen (Wrocław) i Mühsam rany postrzałowe, Goebel urządzenia Czerwonego krzyża w Trypolisie, Heile (Wiesbaden) topografię przestrzeni nadoponowej, Vaelcker (Heidelberg) pyelografię, Axhausen wolne przeszczepianie błon śluzowych, Brandes (Kilonia) zanik kości występujący wskutek nieużywania kończyn, Glasner (Berlin) powstawanie biodra koślawego.

Küttner (Wrocław). **Wrzód dwunastnicy.** K. omawia na podstawie zebranych 800 przypadków objawy wrzodu dwunastnicy (okresowość napadów bólu, ból głodowy, nocny, tkliwość brzucha, zmiany wydzielnicze i ruchowe żołądka, powikłania i t. d.) Wrzody dwunastnicy prawie nigdy nie goją się same.

Van der Velden (Düsseldorf). **Uwagi farmakoterapeutyczne przy leczeniu wrzodu żołądka lub dwunastnicy.** Przy krwotokach radzi V. śródżylne wstrzykiwania 5—10% roczczynu soli kuchennej w ilości 5 cm³. Żelatyna lub obce białko służyć mogą tylko jako sposoby przygotowujące. Makowiec nie uspokaja wcale żołądka, bo zwiększa jego napięcie, chyba że przedtem poda się atropinę.

G. Bergmann (Altona). **Wrzód dwunastnicy a wegetatywny układ nerwowy.** B. miał ogółem 40 przypadków, z czego 25 wykazalnych zapomocą radyogramu. Bardzo często spotyka się przy wrzodzie dwunastnicy zmiany w wegetatywnym układzie nerwowym, n. p. rozszerzenie źrenic, błyszczące oczy, nadmierne wydzielanie, zwolnienie tętna mimo braku schorzenia nerwu błędnego i współczulnego. Kto wie, czy właśnie nerwica nie jest tu przyczyną powstawania wrzodów.

Sudermann. **Sztuczne wywoływanie wrzodów żołądka przez podwiązywanie sieci i utrudnianie krążenia w żyle wrotnej.** (Praca doświadczalna).

Haudek (Wiedeń). **Obrazy rentgenowskie przy wrzodzie dwunastnicy.** Najczęściej spotyka się: zwężenie bliznowate lub kurczowe, cienie trwałe lub zaułki, szybkie opróżnianie się żołądka po posiłku, a zwolnienie zupełnego opróżnienia się, głęboki ruch robaczkowy żołądka, ustalenie odźwiernika. Wynik ujemny badania promieniami Röntgena nie wyłącza wrzodu, a przemawia raczej za wrzodem dwunastnicy w razie wybitnych objawów klinicznych. Jeżeli stwierdzi się szybkie opróżnianie się żołądka, wówczas wykonanie samej gastroenterostomii nie jest dobre, bo pokarmy opuszczać będą żołądek i tak przez odźwiernik i dlatego koniecznie trzeba w tych przypadkach dodać zacieśnienie odźwiernika.

Haberer (Insbruck). **Wrzód trawienny jelita czczego po połączeniu żołądka z jelitem.** Wrzody takie nie należą do rzadkości, lecz ten chirurg, który wykonał gastroenterostomię, zwykle już ich nie spostrzega, bo chorzy, zrażeni do niego, zwracają się gdzieindziej. Haberer spostrzegał 5 przypadków (3 po operacyach wykonanych przez innych chirurgów). Chorzy twierdzą zwykle, że po operacyi nie doznali ulgi. Wrzód sadowi się często właśnie naprzeciw otworu operacyjnego. Operacya wrzodu następowego bywa nieraz ciężką, jeżeli ma być doszczętną i skuteczną. Przemawia to za doszczętnem postępowaniem przy wrzodzie, a nadto nakłania do ścisłego wewnętrznego leczenia chorych po wykonaniu gastroenterostomii.

XII. Zjazd niemieckiego Towarzystwa ortopedycznego

odbył się w Berlinie dnia 24 i 25 marca. Głównymi tematami obrad były: 1) Leczenie skrzywień kręgosłupa z pomocą sposobu Abbotta (sprawozd. w »Przegl. lek.«). 2) Przewlekłe zniekształcające zapalenie stawów. 3) Anatomia nerwów podług Stoffela i zastosowanie jej praktyczne.

Co do leczenia skrzywień kręgosłupa, to wprawdzie przyznano, że zużytkowanie sił oddechowych do tego celu ma wielkie znaczenie, ale wątpliwą jest rzeczą, by ustalone skrzywienia można tak szybko w opatrunku prostować. Nadto spostrzegano przy tem leczeniu różne zaburzenia, jak sercowe, oddechowe itp. a nawet utworzenie się klatki piersiowej lejkowatej. Niewiadomo też, jakie będą wyniki stałe tego leczenia.

Stoffel zachęca znów do swych operacyi, polegających na dokładnej znajomości anatomii przekroju nerwu. Np. przy rwie kulszowej przecina on tylko gałązki czuciowe i osiąga przez to bardzo dobry skutek; przy naciąganiu nerwu natomiast uszkadza się i włókna ruchowe. Także przy przeszczepianiu nerwów należy przeszczepiać tylko odpowiadające sobie co do czynności gałązki nerwów, do czego konieczną jest dokładna znajomość anatomii przekroju nerwów.

O przewlekłem zapaleniu stawów mówił Kraus, zachęcając do leczenia radem, Iselin poruszał sprawę tegoż cierpienia u dzieci, Poncet omawiał opisany przez siebie gościec gruźliczy, a Preiser udowadniał, że przyczyny zniekształcającego zajęcia stawów upatrywać należy w zaburzeniach statycznych. Tietze i Jacobsohn żądali usunięcia nazwy »arthritis deformans«, a podziału cierpień stawowych przewlekłych na przebiegające z przerostem lub też zanikiem tkanek. Leczenie operacyjne daje tu bardzo wątpliwe wyniki.

W końcu powzięto uchwałę, by popierać fizyczne wychowywanie młodzieży, a to przez odpowiednie wykłady i odczyty z demonstracyami, wykazujące dotychczasowe błędy w wychowaniu i zachęcające do postępu na tem polu. K.

Higiena, epidemiologia, statystyka.

Ospa w Łodzi w r. 1912.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w d. 5 marca r. 1913).

napisał

Dr Stanisław Skalski

(Ciąg dalszy).

Wśród 587 osób zmarłych na ospę w Łodzi w roku 1912 były 22 osoby powyżej lat 14, — w roku 1911 osób tej kategoryi było 59, — cała zaś pozostała liczba, t. j. 566 osób, to dzieci lub młodzież poniżej lat 14. Według danych spisu ludności, dokonanego w Łodzi w końcu r. 1911, młodzieży i dzieci poniżej lat 14 mieliśmy w Łodzi 181.238 osób, czyli 35·36% ogółu ludności, liczącej wtedy 512.612 osób. Na tę ilość młodzieży i dzieci powinnoby przypaść zgonów z ospy 208 przy sprawiedliwym podziale. Podział jednak wypadł niesprawiedliwie, bo dziatwa ginęła znacznie liczniej, niż dorośli.

Według wyznań ofiarą ospy padło dorosłych katolików 17, ewangielików 1, prawosławnych 2, żydów 2, dzieci i młodzieży katolickiej 474, ewangielickiej 84, prawosławnej 2, żydowskiej 5, ogółem dziatwy i młodzieży wszystkich 4 wyznań 565.

Dla porównania przytaczamy liczbę zgonów wskutek ospy wśród ludności każdego z czterech wyznań w Łodzi w r. 1912, w Warszawie w stosunku rocznym w okresie między 1907—1911, oraz w Paryżu w roku 1906[1]), obliczone na 10 tysięcy ludności.

[1]) Dane co do Warszawy i Paryża przytaczam według książki Józefa Konczyńskiego: »Ludność Warszawy, studyum statystyczne 1877—1911«. Warszawa 1913.

W Łodzi tedy na 10 tysięcy mieszkańców przypadło 11·45, w Warszawie 4·61, a w Paryżu 0·066. Nawet śmiertelność z ospy w gminie żydowskiej w Łodzi przewyższa tę cyfrę 6·3 razy, jakkolwiek jest ona minimalną na nasze stosunki, wynosi bowiem 0·42 na 10 tysięcy ludności żydowskiej w Łodzi. Inne wyznania dają bez porównania wyższe cyfry: prawosławni — 6·58, ewangielicy — 12·19, katolicy — 18·58, średnia zaś dla całej ludności Łodzi wynosi 11·45 na 10 tysięcy.

Śmiertelność wskutek ospy według płci i wieku w r. 1912*.

płeć mezka	Wiek	płeć żeńska
	do miesięcy	
3	1	3
1	2	6
3	3	2
7	4	2
6	5	4
9	6	14
7	7	6
6	8	11
18	9	14
6	10	4
5	11	5
17	12	21
—	do lat	—
79	2	87
41	3	44
22	4	23
15	5	13
14	6	8
11	7	4
4	8	2
1	9	1
2	10	4
2	11	—
1	12	2
1	13	—
—	14	—
—	15	—
—	16	1
2	17	—
1	18	2
2	19	—
—	20	1
—	21	1
2	22	—
1	23	—
—	24	—
1	25	1
2	26	1
—	39	1
1	60	—
293		288

*) Prawosławni nie zostali uwzględnieni w niniejszej tablicy, obejmuje ona ludność Łodzi wyznania katolickiego, ewangelickiego oraz żydów.

Widzimy, że każdy okres życia ludzkiego, od niemowlęctwa począwszy, na wieku zgrzybiałym kończąc, na tej czarnej karcie, która na zawsze pozostanie jako plama w dziejach naszego miasta, miał swych przedstawicieli, lwia jednak część ofiar — to dzieci. Zwraca uwagę fakt, że najliczniej padały ofiarą ospy dzieci mające od ½ do 8 lat. Największa śmiertelność z ospy panowała wśród dzieci od 13 do 24 miesięcy, zmarło ich bowiem 166, w tem chłopców 79, dziewcząt 87.

Brak regestracyi przyczyn śmierci względnie badania pośmiertnego nie pozwala nam odpowiedzieć na pytanie, ile z tych zmarłych niebożąt miało zaszczepioną ospę ochronną, a ile padło ofiarą niedbalstwa swych najbliższych i ospałości władz miejskich, to jednak niemal napewno twierdzić możemy, że przeważająca większość musiała być nieszczepionych, inaczej dzieci chrześcijan nie marłyby w tak dużej liczbie, skoro z pośród dzieci żydowskich umarło wszystkiego pięcioro. Pamiętać bowiem musimy, że jeśli wogóle człowiek dziobaty stanowi wśród żydów rzadkość, to niemniejszą jest wśród nich nieszczepione dziecko. Na dowód poza spostrzeżeniami z praktyki każdego z nas, przytoczę dane, łaskawie mi zakomunikowane przez kol. Dra Maszlankę co do dziatwy żydowskiej, wysyłanej z Łodzi na kolonie letnie. Wśród tych 450 dzieci nie było ani jednego nieszczepionego. Z 235 chłopców 174 miało raz szczepioną ospę ochronną, 51 — dwukrotnie, 6 — więcej niż dwa razy. Wśród 215 dziewczynek 164 miały raz szczepioną ospę, 61 — dwukrotnie, 14 — więcej niż dwa razy. Sześciu więc chłopców i czternaście dziewczynek zwolniono od ponownego szczepienia, wszystkim zaś pozostałym dzieciom zaszczepiono ospę ochronną przed wyjazdem na kolonie letnie, w myśl uchwały Towarzystwa lekarskiego łódzkiego powziętej w roku zeszłym i zakomunikowanej Zarządowi kolonii letnich dla dzieci żydowskich. Wynik tego zabiegu nie jest wiadomy, bo szczepienie ospy odbywało się przed samym wyjazdem, a w czasie pobytu na wsi wynik nie był sprawdzany. Przypominamy, że dzieci mogły liczyć najwyżej lat 14.

Załujemy, że nie możemy przedstawić podobnych danych z Towarzystwa kolonii letnich dla dzieci chrześcijańskich m. Łodzi. O ile jednak wiemy, przy kwalifikowaniu dzieci do wyjazdu nie zwracano tam uwagi na dokonane poprzednio szczepienia ospy ochronnej, nie szczepiono też ospy dzieciom przed wysłaniem na wieś, pomimo, że Towarzystwo lekarskie zawiadomiło o swej uchwale również kolonie chrześcijańskie.

Zajmujący obraz widzimy, rozpatrując się w spisie ulic, na których zaszedł wypadek śmierci wskutek ospy. Są to przeważnie dzielnice kresowe, zamieszkane przez ludność uboższą naszego miasta, jeśli zaś w dodatku zajrzymy do rubryki »zajęcie« głowy rodziny zmarłego, jak to czyniłem, wypisując dane z ksiąg parafialnych, to zauważymy, że ospa znęcała się wyłącznie niemal nad ludnością robotniczą, a całkowicie wyłącznie nad — uboższą. Do tych kresów, do tych mieszkań ludności niezamożnej powinni byli dojść owi lekarze i studenci, którzy w lecie roku ubiegłego pod wpływem nawoływań Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w ciągu miesiąca szczepili ospę ochronną.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Kol. Franciszek Sękiewicz z Buczacza złożył 20 kor. na fundusz wdów i sierot, jako datek kol. J. Kittnera z Borszczowa. Kol. Sękiewicz złożył koron 30 na fundusz imienia Merunowicia, jako dar Towarzystwa »Sokół« w Buczaczu za bezinteresowne urządzenie kursu samarytańskiego przez kol. Sękiewicza. Za dary te wyraża Rada zawiadowcza Tow. lek. galic. serdeczne podziękowanie.

Prezes: Machek. Sekretarz: Zabłocki.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 7. V. b. r. posiedzenie, na którem kol. Hładij przedstawił chorych z kliniki chirurgicznej, a kol. M. Godlewski miał wykład: »O samozateuciu z przewodu pokarmowego ze stanowiska klinicznego«.

— Akademia Umiejętności mianowała swym członkiem korespondentem prof. Dr Becka ze Lwowa. Wśród nagród, przyznanych przez Akademię, otrzymał nagrodę z fundacyi Spasowicza Dr Wł. Biegański z Częstochowy za dzieło p. t. »Teorya logiki«, z fundacyi im. Lubomirskich prof. Dr N. Cybulski z Krakowa za prace nad prądami elektrycznymi w mięśniach.

— Dyplom doktorski Wszechnicy Jagiellońskiej uzyskał Dr Stefan Rudzki, rodem z Żytomierza.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. IV. do 26. IV. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 1 † —), krztuśca 5 † 1, ospy wietrznej 4, płonicy 6 † 1 (1 † —), odry 6 † — (1 † —), duru brzusznego 5 † — (3 † —), czerwonki — † — (— † —), kuru —, róży —. Dr Janiszewski.

Warszawa. Kwietniowy zeszyt »Zdrowia« poświęcony jest w całości sprawie higieny miast, zarówno w dziale artykułów oryginalnych, jak i w dziale sprawozdawczym.

— Polskie Towarzystwo okulistyczne wybrało na rok bieżący swym prezesem Dr Ziemińskiego, wiceprezesem Dr Beina, sekretarzem Dr Paradowskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 28. IV. do 5. V. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 1 † —, duru wysypkowego 4, róży —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. W sanatoryum Topolschitz koło Cylei w Styryi są miejsca bezpłatne dla jednego słuchacza medycyny z lat wyższych, młodego lekarza lub asystenta uniwersytetu z Wiednia, Grazu, Insbruku, Krakowa, Lwowa i Pesztu. Uzyskanie takiego miejsca daje prawo do bezpłatnego mieszkania z utrzymaniem i używania wszelkich środków leczniczych wraz z opieką lekarską przez 3 tygodnie między 15. maja a 1. lipca; stypendyści nie są zobowiązani do żadnej pracy lekarskiej dla sanatoryum. Zdrojowisko Topolschitz jest cieplicą, a wskazania obejmują znaczną część chorób wewnętrznych i nerwowych, szczególnie zaś choroby serca, przemiany materyi i nerwice. Te miejsca bezpłatne otrzymać mogą tylko obywatele austryaccy lub węgierscy; podania z dołączeniem świadectwa lekarskiego wnosić należy niezwłocznie do Wydziału lekarskiego.

Mianowani: Dr Grotjahn, docent higieny społecznej w Berlinie, profesorem.

Zmarli: chirurg prof. Bramann w Halle: najstarsza w Europie siostra Czerwonego krzyża, N. M. Baszmakowa, która pracowała już w czasie wojny krymskiej przy Pirogowie, w Petersburgu, dożywszy 103 lat.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 14. maja 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dr K. Rzętkowskiego z Warszawy: Wpływ środków i zabiegów leczniczych na przemianę materyi

Walne Zgromadzenie galicyjskiej kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się dnia **31 maja 1913 r.** o godzinie 6 wieczorem **we Lwowie** w lokalu **polikliniki powszechnej** (ul. Lindego l. 5). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Ewentualne wnioski członków. W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie 6½ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Festenburg, przewodniczący. Dr Lilien, sekretarz.

Rok LII. Kraków, dnia 17. maja 1913. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu weterynaryi i z kliniki położniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W sprawie serodyagnostyki ciąży

podali

Dr K. Jaworski i Dr Z. Szymanowski.

W r. 1912 Abderhalden ogłosił szereg spostrzeżeń nad powstawaniem we krwi specyalnych fermentów, rozszczepiających substancye, wprowadzone poprzednio do ustroju tego samego zwierzęcia drogą parenteralną, t. j. z ominięciem przewodu pokarmowego, a więc śródżylnie, podskórnie lub do jednej z jam ciała. W szeregu prac, wykonanych przy udziale licznych współpracowników, Abderhalden dowiódł, że po wstrzyknięciu ciał białkowych powstaje ferment proteolityczny, po wstrzyknięciu węglowodanów surowica krwi wykazuje działanie glikolityczne, wprowadzenie tłuszczów wreszcie sprawia zjawienie się własności lipolitycznych. Fermenty te rozszczepiają tylko ciała tej samej kategoryi chemicznej, do jakiej należała substancya, poprzednio wprowadzona do ustroju. Zachodzi tu więc wybitna różnica w porównaniu z odczynami serologicznymi natury odpornościowej, które wykazują daleko posuniętą swoistość biologiczną; fermenty Abderhaldena posiadają swoistość tylko chemiczną. Autor ten buduje na podstawie swych badań niezmiernie rozległą koncepcyę fermentów ochronnych ustroju. Zjawiają się one wtedy, gdy się jakie obce ciało dostanie do ustroju drogą parenteralną i zadaniem ich jest zabezpieczenie ustroju od następstw takiego wprowadzenia obcego ciała. W przypadkach zwykłych ciała obce, za których prototyp niejako możemy uważać pokarmy, dostają się do ustroju drogą przewodu pokarmowego i napotykają tam cały szereg fermentów, rozkładających je na elementy prostsze, z których ustrój odtwarza następnie swoje własne tkanki. Inaczej sprawa się przedstawia, gdy ta sama substancya dostanie się do ustroju drogą parenteralną; czynność trawienną biorą wówczas na siebie soki ciała, limfa i krew, działając zapomocą fermentów specyalnych »ad hoc« wytworzonych, których w warunkach prawidłowych brak, i które zjawiają się dopiero pod wpływem parenteralnego wejścia danej substancyi do ustroju. Abderhalden rozróżnia w swojej teoryi substancye obce ustrojowi wogóle, t. j. takie, które się nigdy nie znajdują w ustroju w warunkach prawidłowych, oraz substancye obce miejscowo, czyli elementy tego samego ustroju, przeniesione w jego obrębie ze zwykłego miejsca swego pobytu w inne niezwykłe. Wybitne miejsce zajmują w teoryi Abderhaldena elementy obce krwi, które poza obrębem układu krwionośnego mogą się znajdować bez szkody dla ustroju, natomiast krążąc we krwi wywołują objawy chorobowe. W ten sposób otwierają się rozległe horyzonty dla badań patologicznych, nasuwa się konieczność poddania całego szeregu spraw chorobowych rewizyi z punktu widzenia teoryi Abderhaldena. Eksperymentalne podstawy teoryi fermentów ochronnych nie są dziś jeszcze w dostatecznej mierze ugruntowane, cyfry, na których Abderhalden się opiera, są jeszcze bardzo blizkie granicy błędów doświadczalnych, ale w jednym kierunku teorya ta wytrzymała już całkowicie próbę ścisłej krytyki, a mianowicie w zastosowaniu do biologii ciąży.

Wiadomo było oddawna, że w czasie ciąży cząstki kosmków łożyska mogą się odrywać ze swego miejsca i dostawać się z prądem krwi do rozmaitych okolic ciała matki. Schmorl, Veit i inni znajdowali cząstki takie w płucach. Abderhalden pierwszy zdołał wykryć serologiczny odpowiednik tego zjawiska, udało mu się bowiem stwierdzić, że w przebiegu ciąży surowica krwi matki nabiera zdolności rozszczepiania pierwiastków białkowych łożyska, zdolności, której surowica krwi ludzkiej poza obrębem ciąży nie okazuje. Wobec wielkiej doniosłości tego faktu zarówno dla teoryi Abderhaldena wogóle, jak i dla całej biologii ciąży prawidłowej i patologicznej w ogólności, w bardzo szybkiem tempie po ukazaniu się tych publikacyi Abderhaldena pojawił się szereg prac z rozmaitych klinik i zakładów, przeważnie potwierdzających odkrycie Abderhaldena. W pracy niniejszej podajemy wyniki naszych badań, jako przyczynek do ugruntowania i pogłębienia zwłaszcza metodycznej strony tej sprawy. Statystyka nasza obejmuje nadto cały szereg przypadków kazuistycznie bardzo ciekawych, które szczegółowo będą ogłoszone gdzieindziej.

Abderhalden posługuje się dwiema metodami — optyczną i dyalizową. Podstawą metody optycznej jest różnica skręcenia płaszczyzny polaryzacyi badanego ciała optycznie czynnego przed i po zadziałaniu fermentu; metoda ta wymaga wielkiej wprawy, doskonałych przyrządów i umiejętnego przygotowania badanego ciała. Dla wszyst-

kich tych trzech powodów może ona mieć wielką wartość naukową, zwłaszcza, że dotąd jest to jedyna metoda ilościowego badania tych zjawisk, ale nie nadaje się zupełnie do sprawdzań i do celów klinicznych.

Metoda dyalizy opiera się na tem, że o ile białko rodzime nie przenika przez błony roślinne i zwierzęce, o tyle produkty rozszczepienia białka przechodzą przez taką błonę. Metoda ta wymaga przedewszystkiem przygotowania w odpowiedni sposób łożyska. Abderhalden odpreparowuje je w tym celu od błon i naczyń, wymywa zupełnie dokładnie ze krwi i pociąwszy je na kawałki wielkości 2—3 cm^3, gotuje przez pięć minut we wrzącej wodzie. Gotowanie to powtarza się kilkakrotnie, aż do zupełnego usunięcia ciał peptonowych. W ten sposób otrzymujemy przetwór, w którym wszystkie substancye białkowe zostały ścięte, a peptony uległy wymyciu. Tak przygotowane łożysko przechowuje się bardzo długo bez zmiany w naczyniu wyjałowionem w wodzie, — najlepiej z ostatniego gotowania —, z dodatkiem chloroformu i toluolu. Surowica krwi badanej osoby musi też czynić zadość pewnym warunkom, a mianowicie powinna być o ile możności świeża i być całkowicie wolna od hemoglobiny i od czerwonych ciałek, które — jak tego dowiodły prace Abderhaldena i jego uczniów — zawierają fermenty proteolityczne. Do dyalizy używamy woreczków Nr 579 a, wyrabianych przez firmę Schleicher i Schüll. Do woreczka wrzucamy 1 grm ściętego łożyska, rozskubany na drobne cząsteczki i nalewamy 2—3 cm^3 badanej surowicy. Potem wstawiamy dyalizator do naczynia szklanego, zawierającego około 15 cm^3 wody przekroplonej, na powierzchnię wody i surowicy nalewamy nieco toluolu i wstawiamy wszystko do cieplarki przy 37^0 na 16—20 godzin. Po upływie tego czasu szukamy ciał peptonowych w płynie na zewnątrz dyalizatora. Abderhalden zalecał w tym celu pierwotnie próbę biuretową, następnie zaś podał zamiast niej inny odczynnik, dający wyniki nie tyle czulsze, ile łatwiejsze do obserwacyi, a mianowicie triketonhydrindenhydrat, znany pod nazwą ninhydrynu. Jest to biały proszek, rozpuszczalny w wodzie. 0.2 cm^3 $1^0/_0$ rozczynu tego proszku dodajemy do 10 cm^3 dyalizatu i gotujemy przez minutę od chwili ukazania się pierwszych baniek powietrza. W obecności ciał peptonowych występuje po ostygnięciu płynu mniej lub więcej wybitne fiołkowe zabarwienie.

Badania nasze obejmują 71 przypadków; w tem było 34 przypadków ciąży i 22 kontrolnych. Poza tem było 7 surowic wziętych po porodzie, 1 po poronieniu i w 7 przypadkach chodziło o rozpoznanie różniczkowe co do ciąży zewnątrzmacicznej.

Podnieść musimy odrazu, że próba Abderhaldena nigdy nas nie zawiodła; należy tylko ściśle przestrzegać pewnych warunków, o których zamierzamy tu kilka słów powiedzieć. O ile przygotowanie materyału, t. j. zarówno ściętego łożyska, jak i surowicy, wolnej od czerwonych ciałek i od hemoglobiny, nie przedstawia żadnych trudności, o tyle dyalizatory mogą nieraz stanowić poważne źródło błędów. Przedewszystkiem są one niejednolite: jedne przepuszczają tak łatwo, że nawet ślady białka przechodzą do dyalizatu, inne są tak zbite, że nawet produkty rozszczepienia białka przenikają przez nie bardzo powoli. Trudność tę można usunąć przez uprzednie wypróbowanie dyalizatorów z jednej strony co do przepuszczalności dla surowicy samej, z drugiej — co do przechodzenia przez nie produktów rozszczepienia białka, np. peptonu Wittego. W pracach Abderhaldena znajdujemy szczegółowe wskazówki co do mianowania dyalizatorów. Istnieje nadto druga trudność, bodaj że większa od pierwszej. Oto nigdy nie możemy wiedzieć dokładnie, jak długo i ile razy będzie się nadawać do użytku dyalizator, poprzednio wypróbowany. Dotychczas przechowywaliśmy dyalizatory, zawsze dokładnie przemyte po każdej próbie, w wodzie przekroplonej pod toluolem. Przekonaliśmy się jednak, że po kilku tygodniach dyalizator zaczyna przepuszczać białko surowicze. Nie możemy jeszcze ściśle oznaczyć, jak długo i ile razy jeden i ten sam dyalizator nadaje się do użytku, spodziewamy się jednak, że dalsze badania dostarczą nam wskazówek w tym względzie.

Badane przez nas przypadki zestawiamy na załączonej tablicy.

Widzimy z niej, że próba Abderhaldena daje wyniki całkowicie zgodne z rozpoznaniem klinicznem. Należy tylko ściśle przestrzegać, aby preparat z łożyska był zupełnie wolny od ciał peptonowych, oraz ażeby dyalizator nie przepuszczał wcale białka. Dla zadosyćuczynienia pierwszemu warunkowi należy zawsze przed doświadczeniem sprawdzić, czy woda, w której leży preparat z łożyska, nie zawiera peptonu i ewentualnie zagotować kilkakrotnie preparat w świeżych porcyach wody, tak samo, jak przy pierwotnem przygotowaniu. O dyalizatorach możemy na razie powiedzieć tylko, że najlepiej brać świeże i wypróbowane w sposób, wyżej wskazany. Analiza kazuistyczna naszych wyników będzie przedmiotem osobnej pracy. Tu ograniczymy się tylko do następujących uwag.

1) Próba Abderhaldena występuje już w bardzo wczesnych miesiącach ciąży.

2) Próba Abderhaldena utrzymuje się w połogu do dni 14.

3) W ciąży zewnątrzmacicznej próba daje wyniki bardzo cenne. Występuje ona dodatnio, gdy jaje płodowe jeszcze się nie odkleiło, gdy jego ektoderma czynnie styka się z matką, ewentualnie gdy odklejenie nastąpiło nie dawniej, niż na 2 tygodnie przed wykonaniem próby. W przeciwnym razie, zwłaszcza gdy znajdujemy tylko pozostałości po ciąży zewnątrzmacicznej, próba daje wynik ujemny.

4) W przypadkach rzucawki porodowej lub niepowściągłych wymiotów próba daje wynik ujemny.

5) Surowica chorych na raka nie rozszczepia łożyska.

Materyał nasz, rzecz prosta, jest zbyt szczupły, aby wnioski powyższe mogły mieć charakter stanowczy. Są to raczej wskazówki do dalszych rozleglejszych badań w zaznaczonych tutaj kierunkach. Wogóle należałoby, naszem zdaniem, zwrócić uwagę na doświadczalną stronę sprawy i rozstrzygnąć niektóre pytania przez odpowiednio obmyślane doświadczenia. Dziś np. nie wiemy jeszcze dokładnie, jak długo ślady tkanki łożyskowej mogą, krążąc w ustroju, wywoływać produkcyę owego fermentu. Nie wiemy, w jakim czasie po wstrzyknięciu białka daje się wykazać we krwi ferment proteolityczny. Wreszcie niewyjaśniona jest sprawa stosunku pomiędzy fermentem Abderhaldena a zwykłemi własnościami surowicy odpornościowej (precypitacya, odchylenie komplementu, nadwrażliwość bierna). Nakoniec

Nr	Data	Rozpoznanie kliniczne	Wynik	U w a g i
1	18/X 12	Graviditas X mies.	+ +	
2	23/X 12	» X »	+ +	
3	6/XI 12	» X »	+ +	
4	1/XII 12	» X »	+ +	
5	1/XII 12	» X »	+ +	
6	11/XII 12	» X »	+ +	
7	22/II 13	» X »	+ +	
8	22/II 13	» X »	+ +	
9	26/II 13	» X »	+ +	
10	26/II 13	» X »	+ +	
11	26/II 13	» X »	+ +	
12	26/II 13	» X »	+ +	
13	11/I 13	» X »	+ +	
14	18/X 12	» IX »	+ +	
15	5/XI 12	» IX »	+ +	
16	5/XI 12	» IX »	+ +	
17	5/XI 12	» VIII »	+ +	Tbc pulmonum
18	5/XI 12	» VII »	+ +	Foetus maceratus
19	29/X 12	» VI »	+ +	Abortus in tractu
20	31/X 12	» V »	+ +	
21	10/I 13	» V »	+ +	
22	19/II 13	» V »	+ +	
23	19/II 13	» V »	+ +	
24	31/X 12	» IV »	+ +	Endometritis decidualis
25	22/X 12	» IV »	+ +	
26	22/X 12	» III »	+ +	Psychosis
27	22/X 12	» III »	+ +	
28	19/II 13	» II »	+	Hyperemesis gravidarum
29	19/II 13	» II »	+	» »
30	14/I 13	» III »	+	» »
31	14/I 13	» IV »	+ +	Podejrzenie mola hydatidosa
32	22/X 12	» IV »	+ +	Mola hydatidosa
33	16/I 13	» X »	+	Eclampsia
34		» X »	+	Eclampsia
35	18/X 12	2 dzień po porodzie	+ +	
36	22/II 13	4 dzień po porodzie	+ +	
37	22/II 13	2 dzień po porodzie	+ +	
38	26/I 13	12 dzień po porodzie	+ +	
39	30/II 13	16 dzień po porodzie	—	
40	22/II 12	22 dzień po porodzie	—	
41	19/II 13	2 miesiące po porodzie	—	
42	29/XI 12	Gravidit. extrauterina	+ +	W końcu września ostatnia regularność 25/XI 1912 krwawienia i silny ból w boku prawym. W jamie Douglasa opór ciastowaty, zajmujący wszystkie sklepienia. 29/XI Operacya okazała się ciąża jajowodowa prawostronna.
43	18/I 13	Rozpoznanie kliniczne wahało się między graviditas tubaria dextra a salpingitis dextra	+ +	Ostatnia regularność rzekomo 5/I 1913. 26/XII silne bole w okolicy kątnicy, w excavatio vesico-uterina wyczuwa się guz. 23/I operacya. Graviditas tubaria dextra. W jajowodzie świeże jaje płodowe.
44	18/I 13	Rozpoznanie kliniczne waha się między exsudatum para- et perimetriticum a hematocele retrouterina	+ +	Chora nie była operowana, i wyszła z kliniki leczona zachowawczo
45	24/I 13	Rozpoznanie kliniczne waha się między graviditas extrauterina a cystis intraligamentaris	—	Ostatnia regularność w końcu listopada 1912. 1/I 13. krwotok, który trwał 6 dni. W lewem sklepieniu wyczuwa się guz miękki, stojący w związku z macicą. 25/I. 1913 operacya. W jamie brzusznej krew stara. Jajowód lewy rozdęty, wypełniony skrzepłą krwią. Rozbiór mikroskopowy jajowodu nie wykazał kosmków.
46	30/XI 12	Hematocele retrouterina post graviditatem tubariam dextram	—	Od ostatniego peryodu, który miał być 10/X 1912 r. chora ma bole w brzuchu i krwawi. Nad spojeniem łonowem wyczuwa się guz wielkości dużej pięści. Przy operacyi guz ten okazał się starym krwiakiem zrośniętym z otoczeniem.

Nr	Data	Rozpoznanie kliniczne	Wynik	U w a g i
47	30/II 13	Graviditas tubaria dextra	—	Ostatnia regularność 13/I 1913. 23/II silne bole w dole brzucha, krwawienie i wymioty. 4/II operacya. Krwiak pozamaciczny po stronie prawej. Jajowód rozdęty, wypełniony skrzepami. Wśród skrzepów odklejone jaje płodowe
48	22/II 13	Residua post abortum, salpingitis sinistra	—	
49	18/X 12	Rozpoznanie wahało się między cystis ovarialis a graviditas extrauterina	—	Zabieg operacyjny stwierdził torbiel jajnikową
50	23/X 12	Carcinoma	—	Surowice z oddziału chirurgicznego
51	23/X 12	Carcinoma	—	
52	18/X 12	Endometritis	—	
53	18/X 12	Endometritis	—	
54	18/X 12	Tbc peritonei	—	
55	23/X 12	Lues	—	
56	23/X 12	Lues	—	
57	5/XI 12	Prolapsus uteri	—	
58	5/XI 12		—	Surowice z oddziału dermatologicznego
59	5/XI 12		—	
60	10/I 13		—	Surowice personalu klinicznego
61	10/I 13		—	
62	10/I 13		—	
63	10/I 13		—	
64	10/I 13		—	
65	19/I 13		—	
66	24/I 13		—	Surowice osób nieciężarnych
67	24/I 13		—	
68	22/II 13		—	
69	22/II 13		—	
70	19/I 13		—	

ciemną zupełnie jest sprawa miejsca, w którem wytwarza się ferment Abderhaldena; wszak wiemy dziś tylko, że się on nagromadza w surowicy, ale nie wiemy, skąd pochodzi. Rozpoczęte przez nas badania w rozmaitych kierunkach nie są jeszcze ukończone; zaznaczymy tu tylko, że surowica królika wyraźnie rozszczepia łożysko już w 3 dni po wstrzyknięciu zawiesiny z niego, kiedy niema jeszcze ani śladu precypitacyi. Doświadczenia z nadwrażliwością bierną zdają się obiecywać wyniki dodatnie.

Na zakończenie podkreślić musimy, że próba dyalizowa ma dotąd znaczenie wyłącznie jakościowe i wynik dodatni świadczy o obecności fermentu, ujemny — o jego braku. Co się tyczy ilościowej strony odczynu podnieść musimy ogromne wahania prób, przedsiębranych jednocześnie z jednym i tym samym materyałem na kilku dyalizatorach. Składać się musi na to cały szereg warunków, jako to: różnice w przepuszczalności różnych dyalizatorów i niemożność osiągnięcia całkowitej równomierności preparatu łożyskowego. Przedewszystkiem nie możemy być pewni, że swoisty materyał syncytyalny jest w jednakowych ilościach rozmieszczony we wszystkich kawałkach preparatu. Następnie powierzchnia trawienna przedstawia wielkie różnice, wreszcie czas, podany przez Abderhaldena, jako »optimum«, nie może być bezpośrednio zastosowany do prób ilościowych bez poprzednich badań. W tej ostatniej sprawie wykonaliśmy następujące doświadczenie. Określenie czasu »optimum« odczynu napotyka na wielką trudność wobec różnej przepuszczalności dyalizatorów. Ażeby uniknąć tego źródła błędów, umieściliśmy w naczyniu szklannem o pojemności 150 centymetrów 4 dyalizatory, zawierające po 1 gramie preparatu łożyskowego i po 3 cm^3 surowicy tej

samej ciężarnej zanurzone w 100 cm wody przekroplonej. Naczynie wstawiliśmy do cieplarki przy 37° i szukaliśmy w dyalizacie ciał peptonowych zapomocą ninhydrynu co 2—3 godzin. Próba wystąpiła dodatnio po raz pierwszy po 8—9 godzinach. Dalsze próby były coraz wybitniejsze i dopiero po 20 godzinach wystąpiło »optimum«, które już dalej nie zmieniało się wyraźnie.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę paratyfusu (duru wrzekomego) i duru mandżurskiego,

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

Gdy prątki dostatecznie się w niej rozmnożą, wtedy wytwarzają owrzodzenia. Dopiero w następstwie przedostają się prątki do dróg chłonnych i wtedy cierpienie przybiera charakter durowy.

Z powyższego wynika, iż od usadowienia się zarazka zależy rodzaj zachorowania na paratyfus B., a więc, czy wystąpi nieżyt żołądkowo-jelitowy, czy też rozwinie się paratyfus brzuszny. Osiedlenie się prątka w powierzchownych warstwach śluzówki i działanie obfitej ilości wprowadzonych jadów wywołuje ostry lub przewlekły nieżyt żołądkowo-jelitowy. Osiedlenie się w narządzie chłonnym z następczem przedostawaniem się prątków do krwi, do śluzówki jelit i do innych narządów wywołuje powstawanie paratyfusu brzusznego.

Wprawdzie i w pierwszym przypadku, o czem już wyżej mówiłem, prątki mogą się przedostać do krwi i wywołać bakteryemię, lecz taka bakteryemia nie bywa nigdy tak stałą, tak wybitną i tak długotrwałą, jak w paratyfusie brzusznym.

Trautmann podaje inną patogenezę. W paratyfusie brzusznym, mówi Trautmann, prątki wylęgają się w samymże zakażonym ustroju człowieka, w postaci zaś nieżytowej paratyfusu, w ustroju zwierzęcym. Spożycie mięsa zakażonego zwierzęcia wywołuje objawy zatrucia mięsnego. W pierwszym razie jakoby niewielka ilość prątków przedostaje się do ustroju, wskutek czego musi minąć pewien okres, niezbędny do należytego rozwoju prątków i wywołania odpowiednich objawów (okres wylęgania). Natomiast, gdy do ustroju wtargnie ogromna ilość prątków, już uprzednio nagromadzonych w mięsie, wtedy występuje odrazu ostry odczyn ustroju w postaci cierpienia żołądkowojelitowego. Z powyższym poglądem kłócą się fakty nagłego wystąpienia paratyfusu brzusznego, a następnie i takie, w których z początku są objawy ostrego nieżytu przewodu pokarmowego, po którym wkrótce wywiązuje się postać durowa. Wreszcie epidemiologiczne dane wskazują, iż spożycie tych samych ilości zakażonego materyału wywołuje w jednym przypadku postać nieżytową, w drugim durową, zaś w innych obydwie sprawy jednocześnie lub następczo po sobie.

Podobnie, jak we wszystkich chorobach zakaźnych, tak też i w paratyfusie wytwarzają się we krwi swoiste aglutyniny. Ciała te występują dopiero w drugim tygodniu choroby, około 11. dnia (Konrich). Niekiedy jednak brak ich, w niektórych zaś przypadkach miano odczynu dla heterologicznych prątków (np. durowych) jest wyższe, aniżeli dla homologicznych. Wobec tego Tromsdorff, Sacquepée, Poggenpohl, Thies, Zlatogorow twierdzą, iż rozpoznania nie można opierać na powyższym odczynie. Surowica chorych paratyfusowych, podobnie jak i durowych, zawiera obok swoistych aglutynin jeszcze gatunkowe.

Nie przemawia to jednak przeciwko swoistości odczynu, jak już o tem mówiłem przy durze. Prątki paratyfusu B zawierają w sobie ciała (antygeny) wspólne dla grupy, do której należą, a więc grupy durowo-okrężnicowej (Typhus-coli-gruppe), oraz osobnicze, własne. Przeto jako wyraz odczynu ze strony chorego ustroju występują aglutyniny i przeciwgatunkowe i przeciwosobnicze. Miano ostatnich jest wyższe, co również, jak i w durze brzusznym, pozwala na odróżnienia aglutynin homologicznych od heterologicznych. Schultz wykonał 2400 prób aglutynacyjnych, z tego w 305 przypadkach duru brzusznego, a w 95 przypadkach paratyfusu B. Otrzymał w 80,3% przypadkach duru brzusznego, a w 84,6% paratyfusu, czystą aglutynacyę dla homologicznych prątków bez przymieszki heterologicznych aglutynin. Brion i Kayser stwierdzili, iż w trzecim tygodniu duru brzusznego i paratyfusu brak było aglutynacyi w 5% przypadków. W durze Eberthowskim obok swoistej aglutynacyi występowała i gatunkowa: w 10% przypadków dla paratyfusu A i w 8% przypadkach dla paratyfusu B.

Kraus i Steinitzer uodporniali konie przeciwko durowi Eberthowskiemu przy pomocy wzrastających dawek przesączu z hodowli durowych. W surowicy tych koni wykryto i przeciwjady dla jadów ze szczepów paratyfusowych. Przy pomocy surowicy jednego z powyższych koni można było uodpornić króliki przeciw jadom paratyfusu i duru mysiego.

Bingel opisuje przypadek ropnia płuc, wywołanego przez prątki paratyfusu B. Od 6. dnia choroby surowica sklejała prątki paratyfusu B. w stosunku 1:160, w środku trzeciego tygodnia — zarówno prątki paratyfusu B, jak i durowe w stosunku 1:320, zaś we dwa dni później obydwa w stosunku 1:3200. W stolcu nie było ani prątków durowych, ani paratyfusowych. Już po zniknięciu prątków paratyfusu z plwociny surowica sklejała je w stosunku 1:320, durowych zaś zupełnie nie sklejała. Może chory ten przechodził ongi dur brzuszny, (jakkolwiek w wywiadach tego nie stwierdzono), świeże zaś zakażenie paratyfusowe wywabiło utajone właściwości aglutynacyjne dla duru brzusznego. W pewnej seryi przypadków, w których najzupełniej można było wyłączyć zakażenie mieszane, surowica paratyfusowa sklejała prątki Ebertha w stosunku 1:200 (Netter), 1:300 do 1:600 (Korte) i odwrotnie.

Przytoczę tu jeszcze badania Barykina, wykonane w szpitalu charbińskim w 800 przypadkach duru. Barykin dokonywał badań serologicznych i bakteryologicznych. W 748 przypadkach seroreakcya nie zawsze dawała wynik dodatni. Z 638 surowic durowych w 27,3% stwierdzono odczyn gatunkowy, w 8,5% aglutynacya heterologiczna przeważała nad homologiczną.

Ze 107 przypadków, badanych bakteryologicznie, stwierdzono: w 75 paratyfus A, w 11 paratyfus B, w 6 prątki okrężnicy, w 13 prątki duru brzusznego i paratyfusu B., w 2 prątki duru brzusznego i paratyfusu A.

Wobec powyżej przytoczonych danych twierdzić można, że odczyn surowiczy ma wtedy znaczenie, gdy przy wielokrotnem badaniu schwycić możemy chwilę powstawania dodatniego odczynu, śledzić następcze jego narastanie, a potem znikanie równoległe z ustępowaniem objawów klinicznych. Szczególnie ważne znaczenie ma fakt, gdy odczyn, z początku ujemny, w dalszym przebiegu przechodzi w dodatni. Dla uzupełnienia dodać muszę za Leuchsem, że przy pomocy odchylenia dopełniacza (odczynu Wassermanna) można otrzymać dodatnie wyniki dla paratyfusu i duru.

Rozpoznanie. Na zasadzie objawów klinicznych możemy uczynić właściwe rozpoznanie z pewnem prawdopodobieństwem. Np. wstrząsający dreszcz, częsta biegunka z bólami w brzuchu, oraz opryszczki na wargach przemawiają wprawdzie za paratyfusem, lecz ścisłe rozpoznanie jest możliwe jedynie na zasadzie badań serologicznych i bakteryologicznych.

Obecność prątków paratyfusowych wskazuje, że mamy przed sobą paratyfus, lecz nie rozstrzyga wątpliwości, czy mamy paratyfus brzuszny. Objawy kliniczne łącznie z wykryciem prątków we krwi, a w pierwszym rzędzie różyczka, również z obecnością prątków we krwi i w plamkach różycowych, pozwalają dopiero na prawidłowe rozpoznanie. Istnieją zakażenia paratyfusowe z bakteryemią, których jednak za paratyfus brzuszny uznać niepodobna, gdyż brak im najważniejszej cechy dla postaci brzusznej: pierwotnego usadowienia się prątka w narządzie chłonnym jamy brzusznej.

Dla paratyfusu brzusznego zaś znamiennym (patognomonicznym) objawem jest różyczka, wywołana przez prątki paratyfusu. O ich obecności przekonać się można przez badanie krwi, wydobytej z plamki różycowej. Ale pamiętać należy, iż obfita różyczka nawet bez badania krwi potwierdza rozpoznanie. Trudniejszą jest sprawa, gdy różyczki brak, lub gdy późno występuje. Wtedy należy się oryentować z przebiegu choroby.

Jeśli mamy chorobę gorączkową, w której żaden inny narząd nie jest wyraźnie dotknięty z wyjątkiem przewodu pokarmowego, tedy na zasadzie obrazu klinicznego łącznie z serologicznemi i bakteryologicznemi badaniami mamy prawo rozpoznać paratyfus brzuszny. Rozpoznanie, oparte wyłącznie na objawach klinicznych, daje powód do licznych błędów wskutek wielopostaciowości paratyfusu, który według Nettera przebiegać może klinicznie i jak dur o wielorakich odmianach, jak ostra gruźlica, zimnica (Carducci), grypa, płonica i wreszcie jako ogólne lub miejscowe cierpienie. To ostatnie pod postacią zapalenia nieżytowego płuc, opłucnej, wsierdzia i osierdzia.

Inne zakażenia przez prątki paratyfusowe B.

Mówiłem wyżej, iż niezależnie od narządu chłonnego mogą być dotknięte paratyfusem poszczególne narządy. Otóż w ostatnich czasach dość często spotykano podobne przypadki z następczą bakteryemią, lub też posocznicą. Najczęściej zachorowania powstają wskutek zakażenia narządów moczowopłciowych u kobiet.

a) Zapalenie pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych paratyfusowe B. Bakteryemia w przebiegu paratyfusu zależy od przedostawania się prątków ze krwi do moczu. Przy pierwotnem schorzeniu narządów moczowopłciowych prątek przedostaje się przez cewkę, czemu sprzyja u kobiet jej krótkość i położenie wylotu.

Czemu należy przypisać, iż prątek paratyfusu wędruje dalej, niewiadomo. Widocznie prątek okrężnicy i paratyfusowy mają szczególne powinowactwo do cewki i pęcherza. W przypadkach opisanych przez Schottmüllera cierpienie powyższe występowało sporadycznie: niepodobna było wykazać styczności z innymi chorymi. W jednym przypadku poprzedzał sprawę nieżyt przewodu pokarmowego, który może wywołać zakażenie dróg moczowych.

Objawy są znane. Niekiedy cierpienia powyższe przebiegają pod postacią ciężkiej posocznicy. Po wygaśnięciu sprawy zapalnej prątki mogą się utrzymywać w moczu całemi latami, nie wywołując w dalszym ciągu żadnych objawów. Wprawdzie nie są wyłączone nawroty. Zdarzają się one jednak w 1—2. roku, następnie ustrój widocznie ulega uodpornieniu. Ciężkie postacie zapalenia miedniczek przebiegają z bakteryemią: dreszcz znamionuje wtargnięcie drobnoustrojów do krwi.

W przypadkach takich, pomimo, iż zarazek przedostał się do krwi bezpośrednio przez naczynia włoskowate, różyczki nie spostrzegano. A różyczka stanowi kardynalną cechę różniczkowo-rozpoznawczą pomiędzy paratyfusem brzusznym, a paratyfusem wogóle. Z innych objawów zauważono: powiększenie śledziony, leukocytozę (do 10.000 c. b.). Ciężarne kobiety są niewątpliwie szczególniej usposobione do zachorowania.

b) Choroby popołogowe paratyfusowe B. Prątek paratyfusowy B. wykrył Schottmüller dwukrotnie przy posocznicowych poronieniach, raz w czystej hodowli, czterokrotnie wspólnie z paciorkowcem gnilnym (streptococcus putridus). Prątki wyhodowano z szyjki macicznej i wielokrotnie ze krwi. Przypadki te przebiegały rozmaicie: niektóre lekko, inne zaś ciężko. Równolegle zdarzają się przypadki paratyfusowej gorączki połogowej, powikłanej w następstwie przez paratyfus brzuszny.

c) Zapalenie pęcherzyka żółciowego paratyfusowe B. Wspominałem już wyżej o 2 przypadkach Loreya i Sicka.

d) Zapalenie opon mózgowych i mózgu (polioencephalitis) paratyfusowe B (Bingel). Z ropy opon mózgowych, z innych narządów, oraz ze krwi Bingel wyhodował prątki paratyfusowe B. Odczyn surowicy dodatni.

e) Ropień płuca.

f) Zapalenie ucha środkowego i zatok.

O rumieniu krwotocznym, zapaleniu płuc, opłucnej, wsierdzia i osierdzia wspominałem wyżej.

W pewnej części przypadków, znanych w piśmiennictwie, należy przypuścić, iż ropnie w poszczególnych narządach, wywołane przez prątki paratyfusowe B, były pochodzenia przerzutowego. Prątek mógł się przedostać z jelit przy nieżycie przewodu pokarmowego i wywołać ropienie w stawach, mięśniach, skórze, gdyż posiada on własności ropotwórcze. W przypadkach, zakończonych zejściem śmiertelnem, niejednokrotnie za życia wyhodowano

ze krwi prątki paratyfusowe B, które nie pozostawały w żadnym związku z zasadniczem cierpieniem. Widocznie gość z jelit, w których przebywał jako saprofit, wtargnął do krwi w ustroju silnie wyczerpanym i pozbawionym przez niszczącą chorobę odporności względem prątków paratyfusowych B. Wtargnięcie prątków tych do krwi niekiedy wywołuje odczyn w postaci dreszczów i gorączki.

II. Paratyfus A.

Epidemiologia.

Prątek paratyfusu A daleko rzadziej, niż prątek paratyfusu B, wywołuje cierpienie podobne do duru.

Choroba ta występuje w Niemczech wyjątkowo i sporadycznie. Daleko częściej spostrzegano ją w Ameryce (Gwyn), we Francyi (Netter), na Sumatrze (Baermann i Eekersdorff) oraz na Ceylonie (Castellani). Z naszych autorów ogłosił W. Ziembicki przypadek paratyfusu A w Nr 44. »Tygodnika lek. lwowskiego« z r. 1910*). Według danych Nicolle i Catkoir, na 66 durowych zachorowań w 16 stwierdzono prątki paratyfusu A. Według Kaysera (z higienicznego Instytutu w Strassburgu): na 505 przypadków duru w 473 przyczyną był prątek Ebertha, w 27 prątek paratyfusu B, a tylko w 5 prątek paratyfusu A.

Prątek paratyfusu A. znajdowano w wodzie i w treści jelit u zwierząt. W moczu go nie wykrywano. Pokarmy mogą być przenośnikami zarazy, szczególniej mleko i woda. Za wrota zakażenia służy przewód pokarmowy.

Morfologia i biologia prątka.

Prątek paratyfusu A pod względem morfologicznym i hodowlanym jest bardzo zbliżony do durowego. Na podłożach wytwarza kwasy, mleka nie ścina, indolu nie wytwarza. W ocukrzonych podłożach wywiązuje gazy, czem się też różni od prątka durowego. Na barwnych podłożach, używanych do zróżniczkowania drobnoustrojów, daje kolonie niebieskie, podobnie jak i prątek Ebertha. Prątek paratyfusowy A jest jadowity dla zwierząt. Nawet karmienie myszy i morskich świnek hodowlami wywołuje nieżyty jelit i posocznicę. Prątek opuszcza ustrój z kałem, bardzo rzadko z moczem. Oprócz tego znajdowano go w wydzielinie cewki, pochwy, w pęcherzyku żółciowym, a nadewszystko we krwi. W surowicy krwi chorych lub zwierząt doświadczalnych wywołuje powstawanie aglutynin. Miano aglutynacyi nigdy nie dochodzi do wysokich cyfr, (najwyższe 1:400, wyjątkowo znajdowano wyższe).

Po ukończeniu choroby aglutyniny szybko znikają ze krwi.

Surowica zawiera również i gatunkowe aglutyniny dla duru i paratyfusu B

Postacie.

Paratyfus A. występuje w dwóch postaciach podobnie, jak i paratyfus B, jako: a) ostry lub przewlekły nieżyt żołądka i jelit i b) paratyfus brzuszny A.

1) Nieżyt żołądka i jelit.

Objawy. W ostrych przypadkach biegunka, 8—10 wodnistych stolców na dobę, gorączka miernego stopnia. Choroba trwa około 10 dni. W stolcach i we krwi znajdowano prątki paratyfusu A, oraz stwierdzono dodatni odczyn surowicy.

W przewlekłych przypadkach, które mogą trwać do $^1/_2$ roku, biegunka (do 40 stolców dziennie, Bondi), w stolcach ropne grudki, obecność w nich prątków. W przypadkach Bondiego surowica sklejała obcy szczep paratyfusu A w stosunku 1:2000.

2) Paratyfus brzuszny A.

Objawy. Przebieg odpowiada durowi o średniem natężeniu. Zachorowanie poprzedzają zwiastuny: bóle głowy i może podniesienie ciepłoty. Czwartego lub piątego dnia choroby gorączka dochodzi do 39°—40° C. i trzyma się na tej wysokości 8—10 dni z miernemi zwolnieniami. Gorączka ta o typie ciągłym bywa krótszą i niższą, aniżeli w durze Eberthowskim. Jednak zdarzają się przypadki, w których gorączka trwa 4—5 tygodni, ze stopniowymi spadkami. W cięższych przypadkach ciepłota spada niżej poziomu prawidłowego 8 dni, poczem dopiero wraca do poziomu prawidłowego. Niejednokrotnie w pierwszych dniach zdrowienia ciepłota podnosi się jeszcze ponad poziom prawidłowy po poprzednim spadku. Okres amfiboliczny zdarza się rzadko. Tętno zachowuje się jak w durze: względnie zwolnione i dwubitne. W pierwszym okresie choroby chorzy uskarżają się na bóle głowy i stężenie karku, niekiedy bóle brzucha i kończyn. Często trapi ich bezsenność, która później ustępuje miejsca śpiączce. Zdarza się silne zaczerwienienie twarzy, przekrwienie spojówek, śluzówki nosa i gardła, trwające kilka dni. W początkach bywają i krwotoki nosowe oraz istotne zapalenia gardła. W większości przypadków występuje różyczka na brzuchu, bokach i plecach. Brion i Kayser w jednym przypadku stwierdzili obecność prątków paratyfusu A w plamce różycowej. Różyczka ginie w przeciągu tygodnia. Bardzo rzadko zdarzają się wybroczyny podskórne. Opryszczek na wargach nie spotykano. Śledziona bywa powiększona, czasem też i wątroba. Zdarza się i lekka żółtaczka. Pęcherzyk żółciowy bywa również siedliskiem prątków, które w odpowiednich warunkach mogą wywołać jego zapalenie. Podobny przypadek opisał Blumenthal: z wyciętego wskutek kamienia pęcherzyka wyhodowano prątki paratyfusowe A. Ze strony przewodu pokarmowego spostrzegano biegunkę; stolce bywają grochówkowate.

Krew morfologicznie zachowuje się jak w durze: leukopenia, ze spadkiem ciepłoty względna limfocytoza, brak ciałek eozynochłonnych na szczycie choroby i ich powrót ze spadkiem ciepłoty; przy powikłaniach (np. silna biegunka i inne) leukocytoza.

Prątki obecne we krwi, jak w durze. Oprócz tego: lekki białkomocz gorączkowy, indykan i w 25% przypadków odczyn dwuazowy. Bakteryemię spostrzegano raz jeden. O zakażeniu dróg moczowych do tej pory nic niewiadomo. Ośrodki nerwowe bywają dotknięte: bezsenność, następnie śpiączka, bóle głowy, bredzenie i t. p. Z powikłań spostrzegano: zapalenie płuc i zakrzepy żylne. Również wielokrotnie spostrzegano powikłanie zasadniczej choroby przez paratyfus A.

Baermann i Eckersdorff opisali przypadek duru, powikłanego przez paratyfus A, Castellani mieszane zakaże-

*) Jestto czwarta praca o durze wrzekomym w piśmiennictwie polskiem. Nie mogłem o niej wspomnieć na początku mego artykułu, gdyż otrzymałem ją dopiero teraz. (Dopisek w korekcie).

nie prątkiem paratyfusu A i gronkowcem białym, Schottmüller zapalenie płuc i paratyfus A. Spostrzegano również zapalenie jajowodów i zapalenie otrzewnej gonokokowe, powikłane przez paratyfus A, zapalenie pęcherza moczowego i miedniczek kamicowe, powikłane przez paratyfus A.

Przebieg paratyfusu A bywa łagodny. Śmiertelność wynosi 1%. Nawroty zdarzają się. Spostrzegano np. po 3-dniowym okresie bezgorączkowym ponowną gorączkę, różyczkę, oraz powiększenie śledziony.

Rozpoznanie. Obecność w początku choroby mnóstwa prątków paratyfusowych A w kale, brak aglutynacyi, a w dalszym przebiegu słaba aglutynacya wobec objawów ze strony dróg pokarmowych przemawia za nieżytem żołądka i jelit pochodzenia paratyfusowego A. Obecność prątków we krwi w braku klinicznych objawów duru przemawia za paratyfusem, lecz nie brzusznym. Obecność prątków paratyfusu A we krwi z objawami durowymi, szczególniej obecność różyczki, a co najważniejsza, wykrycie w niej prątków, przemawia stanowczo za paratyfusem brzusznym A.

I przy nieżytowej sprawie mogą być prątki we krwi. Wtedy mamy nieżyt paratyfusowy z bakteryemią.

Nie jest wyłączone, by prątek paratyfusowy A nie mógł wywołać schorzenia poszczególnych narządów z bakteryemią i posocznicą. Do tej pory jednak takie przypadki nie są znane.

Anatomia patologiczna. Dane są tu skąpe, gdyż materyału sekcyjnego do tej pory było niewiele.

Baermann i Eckersdorff stwierdzili rozlane nieżytowe, śluzoworopne zapalenie jelit cienkich i grubych. Śluzówka była obrzmiała, przekrwiona, grudki zaś nietknięte. Owrzodzeń nie było. Raz jeden spotkano obrzmienie gruczołów krezkowych, a w nich prątki paratyfusu A.

W przypadku Castellaniego stwierdzono kilka typowych owrzodzeń durowych w dolnej części jelita czczego, silne obrzmienie gruczołów krezkowych. W śledzionie i gruczołach krezkowych wykryto prątki paratyfusowe A w czystej hodowli.

Patogeneza. Należałoby tutaj powtórzyć to wszystko, com mówił o patogenezie duru i paratyfusu brzusznego. Przypomnę jedynie, że jak tam, tak i tutaj chodzi o swoiste schorzenie narządu chłonnego całego ustroju z przeważnym udziałem tego narządu w jamie brzusznej z wtargnięciem drobnoustrojów do krwi, skąd przedostać się one mogą do różnych narządów.

O posocznicach z prątkami Ebertha i paratyfusowych mówić będę później przy omawianiu spraw posoczniczych wogóle.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr phil. et med. Hermann von Schrötter: **Skizzen eines Feldarztes aus Montenegro** (Szkice lekarza polowego z Czarnogóry). (Urban et Schwarzenberg. Wiedeń 1913, 62 illustracyi. Cena 3 K 60).

Autor brał udział w austryackiej ekspedycyi sanitarnej po stronie czarnogórskiej. W barwnych opisach podaje wiązkę swych wrażeń z ostatniej wojny, zajmując się nietylko sprawą chirurgii polowej, ale uwzględniając też fizyografię i etnografię kraju. Ekspedycya pracowała w warunkach bardzo ciężkich, bo państwa związkowe bałkańskie bardzo źle przygotowały się do wojny pod względem sanitarnym. Przewożenie chorych napotykało na wielkie trudności techniczne, a zły transport był znowu często powodem wadliwego gojenia się ran. Autor podaje dużo praktycznych rad, mimo pozornej drobiazgowości istotnie ważnych; np. że każdy lekarz polowy powinien mieć przy sobie latarkę elektryczną, bo nieraz potrzeba opatrywać w ciemnościach, że twarde torby lekarzy polowych są bardzo niepraktyczne i lepiej zadanie to spełniają worki płócienne. Leki powinny być o ile możności w kołaczykach (tabletkach). Ekspedycye obce nie powinny być umundurowane, lub też należy wprowadzić międzynarodowy strój Czerwonego Krzyża. Co do ran, to postrzały karabinowe, zwłaszcza klatki piersiowej i brzucha, goiły się bardzo dobrze, a zakażenie mimo złych warunków zdarzało się tylko w 14—18%. Natomiast pociski armatnie powodują w połowie przypadków silne zakażenia. Coraz częściej spotyka się u żołnierzy mnogie zranienia, głównie od karabinów maszynowych (w jednym przypadku 18 ran postrzałowych), 80% zranień klatki piersiowej przebiega tak lekko, że ranni przychodzą do opatrunku pieszo, paląc papierosy i równocześnie plując krwią. Śmiertelność w szpitalach polowych było stosunkowo mała, bo wynosiła tylko 3—5%. Wobec ran postępuje się teraz ogólnie zachowawczo; pierwotne amputacye należą do rzadkości.

Żołnierzy trzeba w czasie pokoju pouczać pilnie o sposobie używania patronów opatrunkowych.

Obok zranień, dają się armiom bardzo we znaki choroby zakaźne i z tego też powodu bardzo potrzeba w wojnie prócz chirurgów, także internistów. Tak np. bardzo często w wojnie bałkańskiej zdarzał się dur, cholera, czerwonka i t. p., spostrzegano też ospę prawdziwą i dokonano wielu szczepień. Gdy szczepiono w okresie wylęgania, to ospa przebiegała w bardzo lekkiej postaci. W porze zimowej często spostrzega się zapalenia płuc i t. p.

Z ekspedycyi obcych najlepiej wyekwipowana była włoska, która przywiozła ze sobą przyrząd Röntgena; oddał on nieocenione usługi. Z państw bałkańskich najlepiej sanitarnie przygotowana była Serbia. Odżywianie wojsk Czarnogóry było bardzo dobre. Znakomite usługi oddawały przy przewożeniu chorych automobile. Bardzo potrzebną jest na wojnie instytucya samarytanek i o kształcenie ich powinny się rządy koniecznie starać.

Autor, aczkolwiek Niemiec, nie mówiący ani słowa żadnym językiem słowiańskim, porozumiewał się łatwo z rannymi, dzięki, jak mówi, wielkiej bystrości Słowian. Zdolność przyswajania sobie języków jest u Słowian według autora zdumiewającą. Wogóle wyraża się autor o Słowianach bardzo korzystnie, podnosząc ich hart ducha, męstwo, cierpliwość, zwłaszcza przy operacyach i bolesnych opatrunkach.

A. Klęsk.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Decker. **O niezłośliwych polipach odbytnicy i esowatej pętli.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Dawniej każdy krwotok z kiszki stolcowej, o ile nie pochodził z raka, uważano za pochodzący z guzów krwawniczych. Dopiero rektoskopia wykazała, że bardzo często przyczyną krwawień bywają polipy. Usuwa się je pętlą zimną lub Paquelinem. Pętlę zimną stosuje się, gdy polipy znajdują się w bańce odbytnicy (ampulla recti), Paquelin, gdy polipy sie-

dzą wysoko; trzeba do tego mieć specyalnie długie żegadło. Przy spaleniu wywiązuje się dym, który zasłania pole widzenia i dlatego osobną rurką musi asystent dym ciągle aspirować. Zwykle polipy te siedzą na cienkiej szypule i łatwo dają się usuwać. Zabieg zupełnie nie bolesny, daje się wykonać bez znieczulenia. K.

Capelle. **Nacięcie pęcherzyka żółciowego i pierwotny szew przewodu żółciowego przy kamicy żółciowej.** (Bruns Beitr. 78. III). W przeciwieństwie do Kehra wielu bardzo poważnych operatorów występuje stanowczo przeciwko szablonowi w leczeniu kamicy żółciowej w postaci polecania w każdym przypadku wycinania pęcherzyka i sączkowania przewodu wątrobowego. Jeżeli pęcherzyk żółciowy jest prawie prawidłowy, a po nacięciu jego dobywa się nietylko z niego, ale i z przewodu zupełnie jasna żółć, to nie powinno się go wycinać, bo reguluje on odpływ żółci i zapobiega zatrzymywaniu się jej w wątrobie, które może być szkodliwe. Nadto pęcherzyk dodaje do żółci śluz, przez co trzustka nie ulega podrażnieniu, jak to Flexner wykazał doświadczalnie. Pamiętać też należy o tem, że nawroty kamieni, jak sam Kehr twierdzi, w razie dokładnego usuwania kamieni i zupełnej drożności dróg żółciowych na leżą do rzadkości. I po wycięciu pęcherzyka mogą przecież pozostać kamienie w wątrobie samej. Nacięcie pęcherzyka jest wreszcie zabiegiem znacznie mniej niebezpiecznym, niż wycięcie. O ile możności powinno się też szyć pierwotnie przewód żółciowy na głucho, a nie sączkować przewodu wątrobnego, co razem z wyciąganiami, rozszerzaniami przewodu, rozciąganiami rany, trwającemi nieraz miesiące, stanowi dla chorego większy zabieg, niż operacya sama. Szew pierwotny prawie zawsze trzyma bardzo dobrze. A.

Hildebrandt. **Uśpienie chloroformowe i schorzenia wątroby.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 10). Jednem z najstraszniejszych powikłań uśpienia chloroformem, bo nieraz śmiertelnem, jest t. zw. późne zatrucie, cechujące się obrazem sekcyjnym, przypominającym ostry żółty zanik wątroby. Klinicznie cechuje się to późne zatrucie tem, że w 12— 24 godzin po uśpieniu występują na nowo wymioty, często fusowate, tętno się przyspiesza, chory staje się niespokojny, potem apatyczny; moczu wydziela się niewiele, zawiera on białko i aceton; po 1—5 dniach śpiączka; śmierć; ew. przedtem żółtaczka, bredzenia i t. p. Jest to powikłanie tak straszne, a niespodziewane, że aby go uniknąć, powinniśmy zawsze przed decyzyą co do uśpienia zbadać dokładnie czynność wątroby. Niestety, prób dokładnych w tym celu nie mamy; prócz wywiadów, dokładnego badania klinicznego, powinniśmy przynajmniej zbadać mocz co do urobiliny, a w razie obecności jej zaniechać uśpienia chloroformem, zwłaszcza że możemy obecnie uśpienie przez wdychiwanie zastąpić innymi sposobami znieczulenia. A.

Witzel. **Ogólne uwagi o leczeniu przepuklin, zwłaszcza przepukliny olbrzymiej.** (Münch. med. Woch 1913 Nr 10). W. jest stanowczym przeciwnikiem paska tak u dorosłych, jak i u dzieci. Wszelkie wyleczenia pod paskiem z wyjątkiem przepukliny pępkowej u dziecka, która leczy się nawet sama przy odpowiedniem postępowaniu, uważa W. za złudne, bo nawet po latach przepuklina potem nagle może powrócić i uwięznąć. Prócz stanu ogólnego, nie ma zdaniem W. przeciwwskazania do doszczętnej operacyi przepukliny, bo można zoperować nawet i największą przepuklinę, jak tego dowodzi przypadek, operowany przez W. Nie operowano dotąd przepuklin ogromnych, bo jak mówiono, nie ma dla ich treści miejsca w jamie brzusznej. Tak nie jest. Miejsce się znajdzie, trzeba tylko chorych do operacyi odpowiednio przygotować przez ułożenie, przeczyszczanie, a co najważniejsze przez przyzwyczajanie oddechu do zmienionych warunków w jamie brzusznej zapomocą silnego krępowania brzucha. W opisanym przez siebie przypadku W. postąpił w ten sposób, że najpierw podniósł z olbrzymiego guza o ile się dało fałd skóry do góry, przewiązał go, potem okroił skórę worka aż do otrzewnej, oswobodził wrota, wprowadził najpierw przy zamkniętym ciągle worku otrzewnej do jamy brzusznej jelito cienkie, a dopiero na końcu otworzył worek, oswobodził jelito grube, poprzecinał zrosty sieci i wsunął resztę zawartości worka do jamy brzusznej, potem zaszył otwór przez stopniowe podciąganie brzegów ku środkowi ze wszystkich stron i zespolenie ich drutem. A.

Fromme i Rubner. **Badanie czynności nerek zapomocą fenolsulfonftaleiny.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Próba Rowntree i Geraghty, acz bardzo dobra, nie jest wolna od pewnych wad, jak o tem przekonali się autorzy, badając zapomocą niej zdrowe nerki u 120 osób. Przedewszystkiem wartość mają tylko wstrzykiwania śródżylne, bo po innych wydzielanie się fenolsulfonftaleiny jest bardzo rozmaite. Pewne wyniki osiągnąć można dopiero, badając procentowo ilość wydzielanego środka w trzy godziny, bo przedtem wahania są bardzo znaczne. A.

Quervain. **O nowoczesnem leczeniu gruźlicy kości i stawów.** (Sem. med. 33. S. 3—7). Leczenie zachowawcze gruźlicy kostno-stawowej, szczególnie w młodym wieku, zyskuje coraz to więcej zwolenników, zwłaszcza że obecnie przez leczenie klimatyczne, a zwłaszcza słońcem, osiąga się znakomite wprost wyniki. Wogóle mówiąc, chirurgicznego postępowania wymagają chyba tylko ogniska tylko w kości położone, celem zapobiegnięcia dostania się procesu w części miękkie. Niezłe usługi oddają promienie Röntgena. u dzieci nie możemy ich jednak zawsze spokojnie i dowolnie stosować. Unikać należy zbyt długiego leżenia w łóżku i dlatego o ile możności zakładać należy opatrunki do chodzenia, o ile nie może być przeprowadzoną kuracya klimatyczna.

Co do pojedynczych stawów, to przy kolanie a stopie u dorosłych operacya oddaje dobre usługi; u dzieci zaś jest to już ultimum refugium. Natomiast przy gruźlicy łokcia, ręki, nawet u dorosłych przez zabiegi zachowawcze osiąga się nieraz dobre wyniki. Przy gruźlicy biodra stosujemy większe zabiegi jedynie w razie istniejących przetok lub po wygojeniu celem poprawy pozycyi.

Próbować jednak należy zawsze przed operacyą leczenia światłem, jodoformem, ew. Röntgenem, a wczesny zabieg jest dozwolony, gdy mamy pewność, że ognisko jest w kości tak odgraniczone, iż możemy odrazu chorobę usunąć w zarodku bez wpłynięcia szkodliwego na dalszy wzrost kości. A.

Butzengeiger. **Doświadczenia z »Mesbé« przy gruźlicy chirurgicznej.** (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr 3. S. 128). Mesbé stosowano miejscowo przy przetokach gruźliczych w postaci czystej lub w postaci 50% maści. Wyniki podług autora wypadły bardzo dodatnio. Środek zastosowano u 7 chorych. U 4 z tych chorych przetoki wygoiły się już po 10 tygodniach, u 3 chorych otrzymano bardzo wyraźne polepszenia. Na wzmiankę zasługuje jeden z przypadków, w którym przy zastosowaniu mesbé za każdym razem występował odczyn miejscowy po 5—6 godzinach. Odczynowi towarzyszyły bóle, podniesienie ciepłoty 38^0—39^0 i obfite wydzielanie się ropy. Autor uważa mesbé za środek swoisty w stosunku do gruźlicy.

Miecz. Michałowicz.

Keppler. **Krwawe złożenie źle ustawionych odłamków kostnych.** (Deut. Zft. f. Chirurg. 121 I—II). K. zachęca w przypadkach cięższych, gdzie trudno w zwykły sposób zestawić odłamki, do t. zw. krwawego złożenia kości, zalecanego przez Schlangego i Clairmonta. Polega ono na tem, że z małego cięcia staramy się zapomocą haków, podważki i ciągnięcia ustawić odłamki o ile możności dobrze, t. j. by zęby jednego odłamka weszły w zagłębienia drugiego, przez co zaklinujemy kości w położeniu idealnem. Gojenie się następuje rychło i dobrze, a żadnych ciał obcych nie zostawiamy. W ten sposób leczono w klinice Biera 40 przypadków (29 złamań przedramienia, reszta zła-

mania ramienia). Jak to na rentgenogramach stwierdzono, wyniki osiąga się przytem znakomite. K.

Vulpius. **O zesztywnianiu biodra.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 13). Dotąd zesztywnianie biodra w wieku dziecięcym mało było stosowane, a jednak zabieg ten jest nieraz wskazany. Wykonywanie tego nie jest trudne, a polega na odświeżeniu główki kości udowej (po odcięciu więzadła obłego) i panewki łyżeczką i założeniu opatrunku gipsowego (w lekkiej abdukcyi i skręceniu na zewnątrz), sięgającego od żeber aż do stopy, na 3—4 miesięcy. Czynność kończyny poprawia się potem znacznie, objaw Trendelenburga, boczne zapadanie się miednicy znika, chory leżąc może podnosić z posłania kończynę z pomocą miednicy, unoszonej przy pomocy mięśni brzucha. Nawet może chory siadać, wyginając przytem kręgosłup ku tyłowi. K.

Vulpius. **W sprawie leczenia wewnętrznych uszkodzeń stawu kolanowego.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 9). Z uszkodzeń kolana bardzo ważne, bo częste, a nieraz opierające się długo leczeniu, są uszkodzenia chrząstek półksiężycowatych. Zdania są podzielone co do tego, w którem miejscu chrząstka najczęściej zostaje uszkodzoną, jedni twierdzą, że chrząstka najczęściej odrywa się od przodu i tyłu, inni, że na szczycie swej wypukłości, co też Vulpius potwierdza, bo po urazie bywa tu ból najsilniejszym. Co do postępowania, to V. leczy w ten sposób: Zaraz po urazie bezwględny spokój, okłady; odprowadzenie chrząstki, gdy nie leży na miejscu. Gojenie trwa 5—6 tygodni. Jeżeli potem występują objawy wypadania chrząstki i wysięki, operacya doszczętna, która jednak czasem nie daje zupełnie dobrych wyników, bo pozostaje nadal wyszczuplenie i niepewność nogi. Z tego powodu próbował też V. innego sposobu leczenia, mianowicie starał się przez wywołanie podrażnienia chrząstki (przez wstrzykiwanie kilku kropli alkoholu) pobudzić rozwój zrostów. Po wstrzyknięciu nadęcie stawu tlenem i opatrunek ustalający na 6—8 dni. Występuje potem lekki wysięk, a podrażnienie trwa do 3 tygodni, w czasie czego miesi się mięśnie uda. Wyniki, jak dotąd, ma V. bardzo dobre. K.

Le Dentu. **Wiąd rdzenia a złamanie rzepki.** (Acad. de med. XI. 1912). Złamanie rzepki przy wiądzie rdzenia nie należy do rzadkości, ale często nie bywa zauważone, a to z tego powodu, że powstaje nieraz bez wyraźnego urazu (wskutek wielkiego rozrzedzenia kości). Również i objawy, towarzyszące temu złamaniu, bywają nieznaczne, bólu nie ma, a chód chorych i tak jest już upośledzony. Bywają też przypadki, że złamanie rzepki, powstałe bez wybitnego urazu, budzi dopiero przypuszczenie wiądu rdzenia. Leczenie wiądowych złamań rzepki jest bardzo niewdzięczne. Wiadomo, że w 25% złamań kości przy wiądzie nie następuje zrost kostny. Nawet zwykły szew nie jest pewnym, bo w 10% ponawia się potem złamanie. Trzeba tu więc szyć szczególnie skrupulatnie podwójnym drutem metalowym w kierunku pionowym, dokładnie przystosować odłamki i skrupulatnie końce dociągnąć. K.

Spitzy. **W sprawie wyzyskania sił oddechowych w leczeniu skrzywień kręgosłupa.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Dotychczasowe sposoby leczenia skrzywienia kręgosłupa starają się tylko od zewnątrz naprawić to, co stało się pod działaniem sił wewnętrznych. Bezwarunkowo najlepiej leczy się sam ustrój i dlatego powinniśmy się starać o ile możności wszędzie te naturalne siły wyzyskiwać. W leczeniu skrzywień ustalonych gimnastyka, gorset i t. p. oddają usługi, ale stosunkowo bardzo skromne. Natomiast zużytkowaćby można z lepszym skutkiem do leczenia skrzywień kręgosłupa mechanizm oddechowy, a to w ten sposób, by zmuszać do forsownego oddechu stronę zapadniętą, a powstrzymywać wypukłą. Sposób ten zalecił Abbolt, a S. donosi o 14 przypadkach, leczonych w ten sposób z bardzo pomyślnym skutkiem. Zakłada się opatrunek gipsowy przy zgiętym ku przodowi kręgosłupie i kończynach przyciśniętych w biodrach, modeluje się dokładnie na talerzach biodrowych (by powstrzymać oddychanie brzuszne), a potem wycina się okno po tej stronie, którą chcemy oddechem silniej rozwinąć. Leczenie tymi opatrunkami trwa mniej więcej 12 tygodni. Można też w wyciętem oknie po stronie wypukłej przez ucisk poduszeczkami powstrzymywać ruchy oddechowe, by odbywały się silniej po stronie zapadniętej. K.

Laryngologia i otyatrya.

Bárány. **Brak pobudliwości kalorycznej dla drżenia oczu po prawej stronie przy utrzymaniu ruchów odczynowych na bodźce kaloryczne u chorego operowanego z powodu mylnie rozpoznanego nowotworu móżdżkowomostowego.** (Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1912, Nr 12). U chorego, przedstawionego w austr. Towarzystwie otologicznem, stwierdza się: 1) silne poziome samoistne drżenie oczu na prawo, 2) głuchotę zupełną na uchu prawem, 3) brak samoistnego zboczenia przy próbie porażania, 4) samoistne zataczanie się ku stronie prawej, 5) brak wpływu wystrzykiwania prawego ucha wodą zimną lub gorącą na drżenie oczu, 6) brak bólu głowy i 7) brak tarczy zastoinowej, 8) porażenie nn. twarzowego, trójdzielnego, językowo-gardłowego i dodatkowego. Po stronie lewej stosunki prawidłowe. Objawy pod 1, 2, 4, 5, 8, każą przypuścić ognisko na podstawie mózgu w tylnym dole czaszkowym, choć reszta objawów temu się sprzeciwia. (Obacz »Sprawozdanie poglądowe« sprawozdawcy w »Przegl. lek.« 1912, listopad). Rozpoznano nowotwór w kącie móżdżkowomostowym. Operacya dała wynik ujemny. Sześć miesięcy po operacyi znalazł B. stan ten sam. Jednakże badanie ruchów odczynowych wydało następujący bardzo ważny wynik. Przy wystrzykiwaniu ucha prawego występowało silne typowe zboczenie obu ramion i padanie na prawo względnie na lewo, zależnie od ciepłoty wody do wystrzykiwania używanej, obok uczucia zawrotu głowy, jakby to odpowiadało odpowiedniemu drżeniu oczu, którego jednak tu nie było. Na podstawie tego wyniku można z wszelką pewnością wyłączyć porażenie obwodowe n. przedsionkowego. Porażenie odczynu nystagmusowego należy zatem odnieść do zmiany śródrdzeniowej, do zajęcia jądra Bechterewa lub tylnego pęczka podłużnego, natomiast droga od zakończeń n. przedsionkowego do miejsca odejścia włókien obocznych do móżdżku była nietknięta. — Przypadek ten dowodzi praktycznego znaczenia odczynów pokazania i padania. Ciekawem jest też, że mimo braku odczynu drżenia oczu wystąpił zawrót głowy, co dowodzi, że drżenie oczu względnie podrażnienie jąder nn. ocznych nie jest konieczne dla powstania uczucia zawrotu głowy, że zatem droga ta prawdopodobnie idzie przez móżdżek, ramiona łączące (Bindearme) i jądro czerwone, jak to autor przy innej sposobności wywodził. Spira.

Spiess. **Zachowawcze leczenie przerosłych migdałków podniebiennych.** (Monatsschrift f. Ohrenh. 1912, Nr 12). Autor nie pochwala rozpowszechnionego w obecnej dobie szablonowego doszczętnego wycinania migdałków. Dopóki nie zostały ściśle określone fizyologiczne zadania migdałków, dopóty bezkrytyczne usuwanie migdałków nie jest dozwolone. Przy wskazaniach do operacyi należy uwzględnić, że migdałki podniebienne, tak samo jak gardłowe, podlegają przemianie wstecznej, kończącej się zwykle w 20. r. ż. Dlatego u dorosłych całkowite usunięcie migdałków może być obojętnem, a dzieci zaś nie. U dzieci należy się starać wszelkimi sposobami zmienione migdałki istotnie leczyć, a nie usuwać. W wielu przypadkach można wyleczenie osiągnąć metodą zachowawczą, polegającą na dokładnem oczyszczeniu jamek migdałkowych zapomocą haczyka migdałkowego, uzbrojonego watą, zamoczoną w 5% roztworze nowokainy. Leczenie to należy prowadzić przez 3—4 tygodni; tylko w razie ogólnej choroby zakaźnej, jak gośćca stawowego, zapalenia wsierdzia i t. p. wskazane jest doszczętne usunięcie migdałków. Migdałki, które przez ogromny

rozrost sprawiają zaburzenia w oddychaniu i w połykaniu, zaleca S. wycinać częściowo. Spira.

Fein. **O patogenezie dwu powikłań po wycięciu wyrośli gruczołowatych.** (Monatsschr. f. Ohrenh. 1913, Nr 2). Zdarza się nierzadko, że 2—4 dni po wycięciu migdałka trzeciego dzieci operowane trzymają głowę sztywnie prosto, rzadziej pochyloną ku jednej lub drugiej stronie. Stan ten trwa zwykle 1—2 tygodni. Po krytycznem rozpatrzeniu tłómaczeń tego stanu, podanych przez różnych autorów, wywodzi F. na podstawie 5 własnych, dokładnie badanych spostrzeżeń, że siedziby przyczyny tego nieprawidłowego trzymania głowy szukać należy w mięśniach karku. Przez dowolne lub mimowolne podniesienie i silne odgięcie ku tyłowi głowy dziecka, broniącego się gwałtownie podczas operacyi, mięśnie karku silniej się napinają i kurczą, przyczem przychodzi do mocnego szarpania, a nawet rozerwania pojedynczych włókien nadmiernie napiętych mięśni, co daje powód do następnej sztywności karku. Za tem tłomaczeniem przemawia też okoliczność, że powikłanie to występuje prawie wyłącznie u dzieci, które podczas operacyi zachowują się niesfornie. — Drugie powikłanie tyczy się wymowy. Zdarza się bardzo często, że mowa nosowa, która już istniała przed operacyą, po operacyi zamiast się poprawić, jeszcze się pogarsza, z tą jednak różnicą, że z mowy nosowej z zamknięcia (rhinolalia clausa) staje się mową nosową otwartą (rh. aperta). Otóż F. wywodzi, że stan ten nie jest następstwem zaniku podniebienia miękkiego z powodu długiej nieczynności, jak sądzą inni, lecz skutkiem porażenia podniebienia w następstwie silnego szarpania podczas operacyi łyżeczką ostrą pod ostrym kątem zagiętą, do operacyi używaną. W obu zatem powikłaniach chodzi o urazowe uszkodzenie mięśni i o stan nieszkodliwy, prędko przemijający. Spira.

Barany. **Studya nad odruchem kichania.** (Monatsschrift f. Ohrenh. 1910 Z. 2). W odruchu kichania można odróżnić 4 okresy: Przy dotknięciu np. przedniej części małżowiny średniej nosa osoba badana czuje w pierwszej chwili łechtanie w nosie, następnie ściąga czoło w górę, otwiera usta, wdycha głęboko i zwraca całą uwagę na nastąpić mający akt kichnięcia. W tym okresie podnieta może jeszcze przejść bez kichnięcia. Jeżeli zaś odruch dojdzie do skutku, następuje zamknięcie szpary głosowej, nosa przez podniesienie podniebienia miękkiego, ust przez przyciśnięcie języka do podniebienia, które to zamknięcia zostają przerwane przez nagły silny wybuch wydechowy. Z czynnością tych mięśni łączą się współruchy innych mięśni, szczególnie głowy, ale też kończyn górnych i tułowia. Przez tarcie nosa, podniebienia, lub przez inne silne bodźce czuciowe można odruch powstrzymać, o ile on się znajduje jeszcze w okresie utajonym lub w początku okresu przygotowania. W tem hamowaniu odruchu kichania mamy typowy przykład hamowania odruchu przez bodziec czuciowy. Autor omawia różne postacie hamowania spraw nerwowych i przyjmuje, że zahamowanie odruchu kichania następuje w ten sposób, że część energii kinetycznej, powstrzymanej w swem rozbrojeniu, staje się utajoną, druga część prawdopodobnie rozdziela się, odprowadzona po innych torach. Spira.

Stenger. **O powikłaniach ostrego ropienia ucha środkowego.** (Medizinische Klinik. 1912). Autor podaje liczne wskazówki dla wczesnego rozpoznania ostrego zapalenia ucha środkowego. Badanie powinno uwzględnić po kolei: 1) ogólny stan zdrowia, przyczynę choroby, jej przebieg i dotychczasowy rozwój, 3) ciepłotę, 4) tętno, 5) dolegliwości podmiotowe, 6) zewnętrzne, miejscowo wykazalne zmiany chorobowe, 7) stan błony bębenkowej, 8) sprawność narządu słuchowego. Prócz tego należy zawsze śledzić za ewentualnie równocześnie istniejącemi chorobami innych narządów. Pod względem leczenia podnosi autor ważność wczesnego, względnie powtórzonego przebicia błony bębenkowej, przez co często zapobiedz można powikłaniom. Przytem nie należy nigdy zaniechać badania drugiego ucha. Wczesna operacya przy powikłaniach jest tem ważniejszą, że przez nią można nieraz nawet w pozornie beznadziejnych przypadkach zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego osiągnąć bardzo dobre wyniki. Przy operacyi trzeba starać się nietylko o dokładne usunięcie ogniska chorobowego lecz także o utrzymanie sprawności narządu słuchowego, dlatego wykonanie zabiegu należy do lekarza specyalisty. Doświadczenie uczy, że liczba powikłań zależy od sposobu leczenia. Każde ostre ropienie ucha należy w początku uważać za chorobę poważną. Nieraz zdarza się, że dolegliwości zależne od już wyleczonej choroby usznej brane bywają za samodzielne objawy chorobowe. Tylko wczesne i trafne ocenienie wszystkich objawów może choremu przynieść korzyść i dlatego przy każdem badaniu lekarskiem uwzględnić należy wywiady i wyniki badania narządu słuchu. Spira

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 19. lutego 1913.

Przewodniczący: Kol. Krusche. Sekretarz: Sonnenberg.

1. Kol. Sterling: **Postaci kliniczne przewlekłych suchot płuc.** Prelegent mówił o potrzebie klasyfikowania rozmaitych postaci klinicznych suchot przewlekłych wogóle, podniósł braki, które posiada najpopularniejsza z przyjętych, a mianowicie klasyfikacya Turban-Gerhardta, mówił o zawiłości układu Barda i Pieryego, przytoczył istniejące inne klasyfikacye suchot i podał projekt klasyfikacyi własnej, będącej rozwinięciem i dopełnieniem najstarszego podziału klinicznego suchot przewlekłych.

Według tego projektu rozróżniamy:

- I Phthisis incipiens
  - a) latens
  - b) manifesta
    - stationaris
    - progrediens
      - acuta
      - chronica
- II. Phthisis declarata
  - fibrosa / fibro-caseosa / caseosa
    - stationaris
    - progrediens
      - acuta
      - chronica
        - localisatio
- III. Phthisis consumata
  - fibrosa
  - fibro-caseosa
  - caseosa

(Rzecz wyszła w całości w »Odczytach klinicznych«, wydawanych przez »Gazetę Lekarską«).

2. Kol. Lange przedstawił szereg **klisz rentgenograficznych,** przedstawiając rozmaite postacie przewlekłych suchot płucnych. Pokazy były poprzedzone kilkoma słowy o stosowaniu prześwietlań płuc, jako metody rozpoznawczej. Sonnenberg.

42. Zjazd chirurgów niemieckich

(Berlin, 26—29 marca 1913)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

Dyskusya w sprawie **wrzodu dwunastnicy:** a) Schmieden (Berlin): Przy badaniu cenne usługi oddają promienie

Röntgena. Jedną z głównych przyczyn powstawania wrzodu jest bezwątpienia zmieniony kształt żołądka, powodujący zatrzymywanie się dłuższe pokarmów w dwunastnicy, co nie następuje w warunkach prawidłowych. Wiele zmian, spostrzeganych zapomocą promieni Röntgena, uważać należy nie za skutek, lecz za przyczynę powstawania wrzodu dwunastnicy. b) Friedrich (Królewiec) spostrzegał 16 przypadków schorzeń dwunastnicy i trzustki. Zwężenia i krwotoki występują głównie przy raku dwunastnicy. c) Bier (Berlin) z dotychczasowych wyników operacyi (gastroenterostomia i zwężanie odźwiernika) nie jest bardzo zadowolony. d) Kolb (Heidelberg) jest przeciwnego zdania; zwęża odźwiernik paskiem powięzi szerokiej. e) Poelcker (Heidelberg). Celem uniknięcia »circulus vitiosus« trzeba zaznaczać sobie miejsca połączenia »in situ«, a nie po wydobyciu trzew na zewnątrz. f) Hofmeister (Stuttgart) postępuje przy wrzodach dwunastnicy doszczętnie ew. używa sposobu Eiselsberga. g) Kelling (Drezno). Rozróżnienie wrzodu żołądka od wrzodu dwunastnicy bywa często bardzo trudne. Przy silnych krwotokach stosuje K. worki z piaskiem i nadyma jelito grube. h) Boit (Królewiec). Krwotoki małe występują i przy innych cierpieniach. B. operuje doszczętnie tylko wtedy, gdy po otwarciu jamy brzusznej wrzód można wprost widzieć lub wyczuć. i) Schmidt (Halle) przeczy, by wrzody dwunastnicy nie mogły się wygoić same; dowodziłoby to bezskuteczności wszelkich naszych sposobów leczenia, nawet łagodząco-chirurgicznych.

Thies (Giessen). **Leczenie ostrych chirurgicznych zakażeń rytmiczną zastoiną.** Zamiast ciągłej zastoiny Biera zaleca T. zastoinę rytmiczną (1—2 minut zastoiny, potem tyleż przerwy), do czego służy przyrząd na wzór przyrządu Perthesa. Sposób ten ma przedewszystkiem tę zaletę, że można go stosować bez przerwy kilka dni. Nie tworzy się przytem za duży obrzęk, kończyna pozostaje ciepłą, nie ma obawy zgrorzeli, śródbłonki naczyń nie ulegają uszkodzeniu, nie występuje nigdy »gorączka zastoinowa«, co po zdjęciu opaski przy zwykłej zastoinie często się zdarza.

Vorschütz (Kolonia). **Leczenie spraw posokowatych podawaniem alkaliów.** W klinice Tilmanna przy sprawach posokowatych stosuje się z dobrym skutkiem alkalia w dużych dawkach, na podstawie doświadczeń na zwierzętach. Alkalia działają tu korzystnie: 1) katalitycznie, 2) zachowując płyn w tkankach, 3) pobudzając nerki do energicznego działania, 4) pobudzając gruczoły wydzielnicze, zwłaszcza przewodu pokarmowego (apetyt), 5) podnosząc ciśnienie krwi.

Girard (Genewa). **Dysphagia et dyspnoe lusoria.** Utrudnienie łykania i oddechu w rzadkich przypadkach polegać może na ucisku przełyku i tchawicy przez tętnicę podobojczykową prawą, jeżeli ona przebiega atypowo, wychodząc z lewej strony z łuku aorty i biegnąc poprzecznie do kończyny prawej. Dwa takie przypadki G. operował, przymocowując tętnicę (arteriopexia) do mostka z pomocą ścięgnistego brzegu mięśnia mostka sutkowoobojczykowego.

Tiegel (Dortmund). **O samoistnem gojeniu się ran płuc.** Rany płuc mają wielką skłonność do szybkiego gojenia się, a blizny są bardzo mocne (doświadczenia na psach).

W dyskusyi zaznacza Burckhardt, że przy odmie piersiowej występuje zakażenie o wiele łatwiej. Guleke wyraża zdanie, że o ile drążące rany klatki piersiowej leczyć można zachowawczo, o tyle przy zranieniach brzuszno-piersiowych prawie zawsze trzeba interweniować, i to najlepiej od strony opłucnej. Schumacher omawia zatory płuc i operacyę Trendelenburga. Operacya ta rzadko wiedzie do celu, bo w przypadkach zupełnego zatkania tętnicy płucnej zwykle śmierć następuje bardzo rychło. Tosamo podnosi Löwen, który przy zabiegu zamiast uciskać tętnicę płucną i aortę, zaciska podług Rehna obie żyły główne i wstrzykuje do serca adrenalinę.

Zondek (Berlin). **W sprawie budowy kostniny** (praca doświadczalna).

Friedrich (Królewiec). **Wpływ rozległej resekcyi klatki piersiowej na rozedmę płuc.** F. po wycięciu mięsaka klatki piersiowej wraz z żebrami spostrzegał znakomity wpływ na rozedmę płuc.

Klopp (Berlin) przedstawia nowy **przyrząd do operacyi w klatce piersiowej** pod wyższem ciśnieniem, zapobiegający wymiotom i wzdęciu żołądka, a bardzo prosty.

(C. d. n.).

Higiena, epidemiologia, statystyka.

Ospa w Łodzi w r. 1912.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w d. 5 marca r. 1913).

napisał

Dr Stanisław Skalski.

(Ciąg dalszy).

Przeglądając szczegółowo adresy zmarłych na ospę w roku zeszłym, dostrzegamy wprost zgrozą przejmujące fakty wymierania na ospę całych seryi dziatwy w szeregu domów przy jednej i tej samej ulicy, w jednym i tym samym domu, ba, w jednem i tem samem mieszkaniu. Trwało to niekiedy czas dłuższy, obejmowało rodziny różnych wyznań w sąsiedztwie mieszkające, niekiedy zaś dzień po dniu wiózł ojciec na cmentarz swe dzieciny w liczbie dwu, trzech, czterech, zmarłe na chorobę, na którą dziś w Europie zachodniej już nikt prawie nie umiera, ani nie choruje.

Tutaj bardziej niż kiedykolwiek staje się widoczną potrzeba obowiązkowego zawiadamiania — najlepiej ze strony rodziny chorego — o każdym przypadku zapadnięcia na chorobę zakaźną oraz regestracya przyczyn śmierci i ogłaszania cotygodniowego odnośnych wykazów, ku czemu są obowiązane zarządy miejskie wszystkich krajów cywilizowanych już nietylko w myśl uchwał międzynarodowych kongresów statystycznych: paryskiego z r. 1855, wiedeńskiego z r. 1857, dopełnionych na kongresie peszteńskim w r. 1876 uchwałą, zalecającą ogłaszanie cotygodniowych wykazów o ruchu ludności w miastach, liczących powyżej 100.000 ludności, lecz i według prawa rosyjskiego z d. 11 grudnia 1902. Prawo to, ogłoszone w formie ukazu, było wynikiem uporczywych starań i przedstawień ze strony lekarza higienisty miasta Warszawy, Dra J. Polaka, czynionych władzom wyższym krajowym w r. 1898 co do konieczności rozszerzenia obowiązku regestrowania przyczyn śmierci, według wzoru warszawskiego, stosowanego w stolicy od r. 1876. Na liście kilkudziesięciu miast w Królestwie obok gubernialnych spotykamy w owym ukazie i miasta powiatowe, a wśród nich Łódź [4]). Prawo to nie jest wykonywane w Łodzi od 1. I. 1910, kiedy je zniesiono, czy zawieszono, podobno wskutek nieporozumienia, dla miasta, liczącego obecnie 525.000 ludności.

Gdyby w Łodzi obowiązywało prawo o zawiadamianiu władz ze strony rodziny osoby dotkniętej chorobą zakaźną, gdyby istniała chociażby tylko regestracya przyczyn śmierci, mógłby umrzeć na daną chorobę zakaźną jeden chory, ale śmierć jego zmusiłaby kogo należy do odkażenia mieszkania zmarłego, jego odzieży, sprzętów, i choroba zostałaby stłumiona w samym początku, gdy dziś...

Tutaj też chcieliśmy powiedzieć słów parę o środkach, jakie zostały zastosowane przez władze miejskie, czy inne, oraz przez instytucye względnie osoby prywatne w celu zwalczenia ospy, a przynajmniej w celu walki z tą chorobą.

Akcyę całą wszczęło Towarzystwo lekarskie łódzkie, przejęte zgrozą wobec znacznej liczby zmarłych na ospę w r. 1911. Odezwy rozesłane przez Towarzystwo nie przebrzmiały bez echa. Duchowieństwo miejscowe zareagowało na nie i nawoływało wiernych do poddawania siebie i swoich szczepieniom ochronnym. Toż samo czyniła prasa łódzka. Niepodobna winić ani du-

[4]) Patrz »Wykład higieny miast« Dra med. J. Polaka, str. 552.

chowieństwa ani prasy, że nie umieli wskazać poza cyrkułami policyjnymi miejsc bezpłatnego szczepienia, gdy miejsc takich, i to nic wspólnego z zarządem miejskim nie mających, było zaledwie trzy (ambulatoryum bezpłatne przy Tow. dobroczynności chrześcijańskiem, takież ambulatoryum przy szpitalu Poznańskich dla żydów, oraz ambulatoryum przy szpitalu Anny Maryi dla dzieci).

Lekarze, a raczej felczerzy cyrkułowi zaszczepili, jak mi to łaskawie zakomunikowali kol. Gorski i Łuczycki, ogółem 13038 osób, z czego na cyrkuł I. przypadło 3500, na II. — 3311, na III. — 1304 (w tem 260 rewakcynacyi), na IV. — 1636 na V. — 1745, na VI. — 1542. Żadnych szczegółów co do wieku szczepionych nie posiadamy, brak nam również danych co do wyników szczepienia oraz podziału na pierwsze i powtórne szczepienia — wyjątek stanowi cyrkuł III.

Wśród 13038 osób, którym ospa została zaszczepiona, są również ci dorośli, względnie dzieci, którym szczepili ospę umyślnie w celu zmniejszenia ilości nieszczepionych w Łodzi zaangażowani 3 lekarze i 3 słuchacze Wydziałów lekarskich uniwersytetów rosyjskich. Pobierali oni po 75 rb. miesięcznie z kasy miejskiej oraz dostawali materyał do szczepień na koszt miasta. Szczepienia odbywały się na podwórzach każdego domu, dokąd szczepiący wchodzili w asyście stróżów domów i policyi. Szczegółów co do wyników ich pracy nie posiadamy. Zaangażowani zostali na żądanie inspektora lekarskiego gub. piotrkowskiej Dra Tieplaszina, którego przeraziła śmiertelność z ospy w Łodzi w r. 1911, ujawniona na zasadzie naszych obliczeń.

W ambulatoryum przy szpitalu Poznańskich zaszczepiono ospę 127 osobom. Ta nikła cyfra powinna przekonać, kogo należy, że jeśli ospę zwalczyć chcemy drogą gromadnych szczepień ochronnych, to nie wolno nam czekać, aż ludzie zgłoszą się do szczepienia, lecz samym należy iść do ludzi ze szczepieniem. Ambulatoryum ogłaszało w pismach łódzkich rok niemal cały o bezpłatnem szczepieniu ospy i mimo to zdołało znaleść zaledwie 127 chętnych. Swiadczy to o nizkim poziomie kulturalnym mieszkańców Łodzi i słusznie bardzo uczyniło jedno z miejscowych Towarzystw oświatowych (Tow. krzewienia oświaty), urządzając odczyt »O ospie«. Żałować należy, że tylko jeden.

Mało co więcej zaszczepiono, jak mi uprzejmie doniósł kol. Koliński, w ambulatoryum bezpłatnem przy Tow. dobroczynności dla chrześcijan — 169 osób.

W ambulatoryum szpitala Anny Maryi dla dzieci, według danych, dostarczonych mi uprzejmie przez lekarza naczelnego szpitala, kol. Schoenaicha, zaszczepiono ospę 648 dzieciom.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

Nowy wynalazek Behringa w zakresie walki z błonicą, rozgłoszony już przed kilkunastu dniami przez prasę codzienną, wyjaśnia dokładniej artykuł samego Behringa w Nr 19 »Deutsche medizinische Wochenschrift«. Wynalazek ten, oparty na wielkim szeregu doświadczeń na rozmaitych zwierzętach, a obecnie znajdujący się w okresie prób klinicznych, polega na wytworzeniu szczepionki przeciwbłoniczej, uodporniającej czynnie na długi czas przeciw zakażeniu i nadającej się do szczepień zapobiegawczych. Szczepionka składa się z mieszaniny jadu błoniczego z antytoksyną w takim stosunku, że u świnek morskich nie wywołuje już żadnego szkodliwego działania. Szczepionkę tę (oznaczoną przez Behringa znakiem MMI) stosuje się u niemowląt w dawce podskórnej $^1/_{10}$ ml., u starszych dzieci $^1/_{20}$ ml. w 1 ml. płynu. Próby kliniczne przeprowadzali w Marburgu pod okiem Behringa Hahn, Zangemeister, Kleinschmidt i Viereck, oraz Schreiber w Magdeburgu. W klinice chirurgicznej w Marburgu nie dostało błonicy żadne ze szczepionych nową szczepionkę dzieci, choć w tej samej sali byli »roznosiciele« bakteryi i chorzy na błonicę. Szczepionki udziela Behring na razie tylko tym klinikom, które podejmują się szczegółowych i niełatwych badań kontrolnych.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 14. V. b. r. posiedzenie, na którem Dr Hładij przedstawił przypadki z kliniki chirurgicznej, a Dr Rzętkowski z Warszawy miał wykład: »O wpływie środków leczniczych na przemianę materyi«. W dyskusyi przemawiali Dr J. Landau junior i doc. Seńkowski.

— Akademia Umiejętności ogłasza szereg konkursów na stypendya, między innymi konkurs na 5 stypendyów z fundacyi Osławskiego po 5000 K rocznie z terminem podań do 29 czerwca 1913. O stypendya te ubiegać się mogą docenci obu uniwersytetów i politechniki, oraz nauczyciele szkół średnich, kształcący się na profesorów szkół wyższych.

— Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa balneologicznego odbyło się d. 6. maja b. r. w Krakowie. Po zagajeniu zgromadzenia przez prezesa prof. Pareńskiego, odczytał sekretarz Dr Zanietowski sprawozdanie z działalności Wydziału, podkreślając jako główne jej punkta wydanie XI rocznika »Przeglądu zdrojowo-kąpielowego«, opracowanie przez sekretarza materyału dla opisu naszych zdrojowisk w większej balneografii Austryi i w X wydaniu polskiego Przewodnika, a przez doc. Seńkowskiego nowszych analiz elektrochemicznych, druk redagowanego przez Dra Pelczara IX wydania »Przewodnika po zdrojowiskach polskich«, wyniki zainicyowanej przez Towarzystwo, a zestawionej przez Dra Wąsowicza ankiety w sprawie wydzierżawienia Krynicy, udział czynny w Zjazdach w Pradze, Meranie i Berlinie, których sekretarz Towarzystwa był prezesem honorowym i t. d. Sprawozdanie redakcyjne zdał Dr Frączkiewicz, sprawozdanie kasowe Dr Piotrowski. Następnie omówiono sprawę wydania odezwy do społeczeństwa o popieranie naszych zdrojowisk, program przyszłego Zjazdu balneologicznego i szereg ważnych postulatów. Do Zarządu wybrano: prezesem prof. Pareńskiego, wiceprezesem Dra Cerchę, sekretarzem Dra Zanietowskiego, skarbnikiem Dra Piotrowskiego, redaktorem Dra Frączkiewicza, zastępcą sekretarza Dra Langa, zastępcą skarbnika Dra Aronsohna, wydziałowymi Dra Wąsowicza, dyrektora Mazurkiewicza i Dra Pelczara.

— W sprawie szpitala św. Ludwika odbyła się w d. 5. V. b. r. w Krakowie konferencya pod przewodnictwem marszałka kraju, JE. hr. Gołuchowskiego, w której uczestniczyli przedstawiciele kraju (szef departamentu V. Wydziału kraj. Dr Bernadzikowski, inspektor szpitali Dr Müller), rządu (delegat Fedorowicz), miasta (wiceprezydent r. dw. Sare), powiatu (marszałek Dr Skrzyński), szpitala św. Łazarza (prezes komitetu adm. prof. Łazarski i dyr. Dr Krzyszkowski), oraz Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci (prof. Dr Jakubowski, prof. Dr Zoll, dyr. Sędzimir, dyrektor szpitala św. Ludwika Dr Murdzieński). Jak donoszą dzienniki, oświadczył na tej konferencyi szef dep. V., Dr Bernadzikowski, iż na razie najważniejszem zadaniem jest prowizoryczne pomieszczenie dzieci, nawiedzonych chorobami zakaźnemi, zanim stanie w Krakowie osobny szpital infekcyjny, i że Wydział krajowy nosi się z myślą postawienia w tym celu tymczasowych baraków na gruntach szpitala św. Łazarza.

Prof. Jakubowski, delegat Fedorowicz, wiceprezydent Sare i rektor Zoll wykazywali zgodnie, że daleko odpowiedniejszem, dogodniejszem i niezawodnie mniej kosztownem byłoby prowizoryczne pomieszczenie dzieci z chorobami zakaźnemi w jednym z pawilonów szpitala św. Ludwika, aniżeli w budować się mających barakach. Najlepszem prowizorycznem rozwiązaniem sprawy byłoby wynajęcie zabudowań szpitala św. Ludwika w całości przez Wydział krajowy, któryby mógł tam pomieścić dzieci z chorobami zakaźnemi i ułożyć się z rządem co do utrzymywania kliniki pedyatrycznej. Konferencya zakończyła się oświadczeniem marszałka krajowego JE. hr. Gołuchowskiego, że sprawa będzie w najbliższym czasie przez Wydział krajowy rozpatrzoną i najdalej do końca maja zapadnie decyzya, czy mają być zbudowane baraki, czy też ma się wydzierżawić budynki szpitala św. Ludwika.

Nie ulega wątpliwości, że wynajęcie dotychczasowych budynków szpitala św. Ludwika przez kraj rozwiązałoby sprawę najlepiej.

— Za inicyatywą starosty Rawskiego, posła do parlamentu radcy Rychlika i Dra Turzańskiego, zawiązało się w Jarosławiu Koło Krajowego Towarzystwa walki z gruźlicą. Na Walnem Zgromadzeniu dnia 28. kwietnia b. r. wybrano wydział, do którego weszli: starosta Rawski jako przewodniczący, Dr Czyżewicz jako I, a Dr Turzański jako II zastępca przewodniczącego, nauczyciel p. Werbeneć jako sekretarz, dyrektor szkoły p. Górnisiewicz jako skarbnik. Członków zapisało się odrazu bardzo wielu. Uchwalono podjąć starania o subwencye od Rady miasta, Rady powiatowej, miejscowych instytucyi finansowych i urządzić na rzecz Koła dzień kwiatowy.

— Na Śląsku austryackim (w Cieszyńskiem) jest do objęcia dla lekarza Polaka dobra posada lekarza kopalni; oprócz płacy posada ta zapewnia wolne mieszkanie, opał, światło i konie. Wiadomość w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Maryan Józef Reszke, rodem z Czermina (Król. Polskie) i Konrad Orzechowski, rodem z Mogielnicy (Król. Polskie).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. V. do 10. V. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (obcych 1 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej —, płonicy 10 † 1 (1 † —), odry 12 † — (2 † —), duru brzusznego 3 † — (2 † 1), duru plamistego — † — (1 † —), róży 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 15. V. b. r. znajdowały się m. i. komunikaty J. Tura: »O nowym typie potworności bezpostaciowej« i R. Jakimowicza: »Czaszki i kości długie z kurhanu w Kowarach«.

— Sekcya balneo-klimatologiczna warszawskiego Towarzystwa higienicznego przyjęła na posiedzeniu w d. 3. V. 1913 projekt deontologii lekarzy zdrojowych, opracowany przez Dra Józefa Jaworskiego. Co do stosunku lekarzy zdrojowych do chorych wymaga projekt od lekarzy szczególnie poważnego wykształcenia i doświadczenia, znajomości wszystkich współczesnych metod badania, działania zdrojów miejscowych i im pokrewnych i warunków zdrowotnych zdrojowiska. Obejście się z chorymi powinno być wyjątkowo nader staranne i sumienne, lekarze powinni sprawdzać, czy chorzy wypełniają dane im przepisy, sami zaś nie zajmować się sprawami, nie mającemi związku z leczeniem i dawać przykład przestrzegania przepisów, mających na celu zdrowie i spokój chorych. W stosunku do lekarzy domowych, którzy przysyłają chorych do zdrojowiska, wymaga projekt, aby lekarze zdrojowi donosili domowym o rozpoczęciu leczenia przez chorego, aby się z nimi porozumiewali w razie wskazania do operacyi; lekarze zdrojowi przepisują chorym szczegółowo leczenie w zdrojowisku, przy wyjeździe zaś dają tylko rady ogólne, polecając co do szczegółów poradzić się lekarza domowego. Odwiedzanie chorych w wielkich miastach przez lekarzy zdrojowych przed sezonem i udzielanie rad przy tem projekt potępia. Stosunek do innych lekarzy w tem samem zdrojowisku określa projekt wedle ogólnie uznanych zasad stosunków między lekarzami, dodając tylko obowiązek peryodycznych zebrań koleżeńskich dla omówienia spraw lekarskich i zawodowych. Wreszcie określając stosunek lekarzy do zarządu zdrojowiska, poleca projekt lekarzom starać się o postęp i o rozgłos zdrojowiska (ogłaszanie prac naukowych), współdziałać z zarządem przy ulepszeniach i reformach sanitarnych i balneotechnicznych w zdrojowisku, zabrania zaś lekarzowi starać się u zarządu, by go wobec chorych wyróżniał lub polecał.

— Zmarła przed niedawnym czasem ś. p. Antonina z Grabowskich Sieragowska zapisała 50.000 rubli na utworzenie funduszu na pomoc naukową dla Polaków, pracujących na polu biologii i medycyny doświadczalnej. Suma powyższa zapisana jest na rzecz warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, w razie zaś nieprzyjęcia przez to Towarzystwo lub niezatwierdzenia zapisu przez rząd przechodzi na rzecz Akademii Umiejętności w Krakowie z zastrzeżeniem tegoż samego celu. Wykonawcami testamentu zmarła zamianowała Dr Dobrskiego, Chełchowskiego i A. Puławskiego.

Łódź. Towarzystwo lekarskie wydało i ogłosiło w dziennikach miejscowych odezwę w sprawie ospy, wzywając ludność do szczepienia się krowianką, a zarząd miasta do stworzenia stacyi bezpłatnego szczepienia. Odezwę ułożyła i podpisała komisya Towarzystwa, złożona z Drów Pinkusa, Skalskiego, Sterlinga i Tomaszewskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 28. IV. do 5. V. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy — † —, duru wysypkowego 2 † 1, róży —. Dr Trenkner.

Poznań. Kolonie lecznicze dla dzieci polskich są w Wielkopolsce częścią ogólnej organizacyi kolonii wakacyjnych dla dzieci, skupiającej się w Towarzystwie »Stella« w Poznaniu. Oprócz »Stelli« działają »Komitety wakacyjne« w Bydgoszczy (wysłał w r. 1912 — 104 dzieci), w Gdańsku (33), i »Towarzystwa kolonii« we Wrocławiu i w Berlinie (400 kolonistów). Samo Towarzystwo »Stella« wysłało w r. 1912 na kolonie wakacyjne 566 dzieci, na lecznicze 82, na stacyę ozdrowieńców 153, razem więc 801. W wydanem właśnie XVII. dorocznem sprawozdaniu »Stelli« znajduje się dokładny obraz całej organizacyi, pod niejednym względem mogącej służyć za wzór. Uderzającym jest niezwykle żywy udział społeczeństwa w całej akcyi; nietylko Towarzystwo to ma znacznie więcej członków, niż którekolwiek np. z naszych Towarzystw w Galicyi, ale też oprócz własnych swoich kolonii rozporządza dwiema koloniami, utrzymywanemi przez szlachetnych dobroczyńców (dla 30 dzieci u hr. Łąckich w Pakosławiu, dla 25 u pp. Turno w Lulinie) i pomieszczeniem dla reszty dzieci w drobniejszych grupach u filantropów-ziemian, proboszczów i t. d. Liczba tych »domów gościnnych« wynosi 139, a są wśród nich takie, które przyjmują po kilkanaście dzieci. Oprócz kolonii zajmuje się »Stella« bezpłatnem rozdawaniem mleka (300 dzieciom), urządzaniem »Gwiazdki« i t. d. Dochody Towarzystwa wynosiły w r. 1912 19.749 marek, rozchody prawie tyleż. Sekretarz Towarzystwa, p. Jan Suchowiak, (Poznań O. 5. Bitterstr. 1) poprzedził tegoroczne sprawozdanie »Stelli« poglądem na rozwój i stan sprawy kolonii wakacyjnych i leczniczych we wszystkich naszych dzielnicach; godna uznania praca ta jest, o ile nam wiadomo, pierwszą próbą ogólnego zobrazowania działalności naszej w tej ważnej gałęzi higieny społecznej.

Z różnych stron. Biuro prasowe polskie nadesłało nam następujące komunikaty Związku międzynarodowego prasowego.

»V. Kongres międzynarodowy prasy lekarskiej. Związek międzynarodowy prasy lekarskiej stosownie do brzmienia statutów zbierze się w Londynie 5 sierpnia 1913 r. w przededniu 17. Kongresu międz. lekarzy. Zebranie odbędzie się w Imperial Institute (tuż przy South-Kensington) w sali zebrań Senatu uniwersyteckiego pod przewodnictwem Dr Lucas-Championnièrea, prezesa Związku. Pierwsze posiedzenie będzie otwarte o g. 9 m. 30 rano, drugie o g. 2 pp. W razie potrzeby następne posiedzenia odbędą się 7 sierpnia. Zaprasza się niniejszem wszystkich członków Związku prasy lekarskiej (a tem samem i prasy lekarskiej polskiej). Wystarcza zapisanie się u Dr Blondela, sekretarza jeneralnego Związku prasy, Paryż, Boulevard Haussmann 103. Inni lekarze mogą być obecni na posiedzeniu bez prawa głosu.

Program prac Kongresu, opracowany na Kongresie w Budapeszcie, jest następujący: 1) Reforma międzynarodowa terminologii lekarskiej (sprawozd. M. Blondel). 2) Ogłoszenie rocznika Związku międzynarodowej prasy lekarskiej. Członkowie Związku, którzy zechcą wprowadzić na porządek dzienny inne sprawy, zgłosić je muszą obecnie już do sekretarza jeneralnego.

Po ukończeniu Kongresu odbędzie się narada w ścisłem gronie, na której odbędą się wybory biura, oraz odczytane zostanie sprawozdanie skarbnika.

Prezes Związku międzynarodowego zostanie zaproszony do wygłoszenia przemówienia przy otwarciu Kongresu zaraz po przemówieniach delegatów państw zagranicznych.

Sekretarz jeneralny przypomina, że, stosownie do tradycyi, Biuro Kongresu ma do rozporządzenia Biur narodowych prasy pewną liczbę biletów, które dają też same prawa, co bilety członków Kongresu co do bywania na posiedzeniach, przyjęć oraz zmniejszonych kosztów przejazdu«.

»XVII Kongres międzynarodowy lekarski. Sekretarz jeneralny Związku międzynarodowego prasy lekarskiej ma zaszczyt zawiadomić kolegów o następujących zarządzeniach biura Komitetu Londyńskiego w czasie Kongresu.

Członkowie Związku prasy lekarskiej, przedstawiciele pism, zapisanych do Związków narodowych prasy, po zameldowaniu

się do sekretarza Związku swego, otrzymają bezpłatnie kartę wstępu na Kongres. Sekretarze mają dostarczyć listę Dr Raulowi Blondelowi, Boulevard Haussmann 103, Paryż. Karty te dają prawo do przywilejów, przyznanych członkom Kongresu (zmniejszenie kosztów przejazdu, zaproszenia na przyjęcia, otrzymywanie sprawozdań z wymienionej przez członka sekcyi). Żony i córki członków Kongresu płacą 10 shil. W czasie trwania Kongresu do użytku prasy lekarskiej będzie zarezerwowany oddzielny pokój w lokalu Kongresu (Technological Institute, Imperial Institute Road). Obszerna ta sala znajduje się bezpośrednio po stronie lewej od wejścia do sieni. Znajdować się tam będzie zawsze egzemplarz sprawozdań. Autorzy komunikatów będą zawiadomieni przez biuro Zjazdu o sali prasy z prośbą o dostarczenie tam dostatecznej liczby egzemplarzy streszczeń swych odczytów. W każdej sekcyi jeden z sekretarzy obsługiwać będzie specyalnie prasę i po posiedzeniu w ciągu godziny członkowie prasy lekarskiej korzystać mogą streszczenia przemówień i dyskusyi«.

— Międzynarodowa stała Komisya Zjazdów lekarskich prosi nas o zaznaczenie, że koledzy, pragnący uczestniczyć w XVII Zjeździe w Londynie (6—12 sierpnia b. r.), powinni już teraz przesyłać wkładkę uczestnictwa (25 franków, 20 marek) pod adresem: »The Treasurers of the XVII th International Congress of Medicine, 13 Hinde Street, London W.« z dołączeniem karty wizytowej z adresem swoim stałym i wskazaniem sekcyi, do której zamierzają należeć.

— W »Medycynie i Kronice lekarskiej« (Nr 18—19) ogłosił Dr Bursche z Warszawy zajmujące »Wrażenia z wycieczki do Ameryki północnej«. Wśród wielu szczegółów o chirurgii w Ameryce znajduje się tu charakterystyczny obraz działalności braci Mayo, pracujących w maleńkiem (8000 mieszkańców) mieście-ogrodzie Rochester w Stanie Minnesota. Bracia Mayo, synowie lekarza-chirurga, byli zrazu jego asystentami, rychło go jednak prześcignęli i zyskali taki rozgłos, że do Rochester zjeżdża się mnóstwo chorych z całej Ameryki. Bracia Mayo operują obecnie w szpitalu o 300 łóżkach, utrzymywanym przez SS. Franciszkanki, a urządzonym pod każdym względem znakomicie. Operuje się tam równocześnie w 4 salach (oprócz braci Mayo 4 jeszcze chirurgów, przyjętych do »firmy«). W r. 1911 wykonano 8745 operacyi, z tego samych laparotomii 4226 (z 2·1% śmiertelności); dziennie wykonuje się 30—40 operacyi w ciągu 5 godzin (od 8 do 1). Sam William Mayo wykonał wobec Dra Burschego w ciągu tych 5 godzin 10 operacyi, potrzebując n. p. na gastroenterostomię tylną od pierwszego cięcia aż do ostatniego szwu powłok 14 minut; operuje on z jednym tylko asystentem, narkotyzerką i siostrą podającą narzędzia, przyczem swobodnie odpowiada na ciągłe pytania obecnych przy operacyi gości-lekarzy, objaśnia swoją technikę i t. d. Po operacyach podczas śniadania załatwiają bracia Mayo korespondencyę przez stenografistkę; od 2 do 5 popoł. przyjmują w poliklinice, potem odwiedzają chorych w mieście w mnogich pensyonatach, gdzie się chory wkrótce po operacyi ze szpitala przenosi, wieczór zaś spędzają swobodnie w gronie rodziny w rezydencyi swej podmiejskiej. W szpitalu pracuje około 50 asystentów, z których każdy ma ściśle wyznaczony zakres działania w klinice, poliklinice lub jednej z pracowni; asystenci ci kosztem kliniki wysyłani bywają co pewien czas do Europy dla zapoznania się z najnowszemi zdobyczami chirurgii, są obowiązani pracować naukowo, ogłaszać wyniki pracy i zdawać z nich sprawę w »Klubie chirurgicznym« (specyalnie w tym celu zbudowanym) na popołudniowych posiedzeniach między $3^1/_2$ i $5^1/_2$. Licznie odwiedzający klinikę braci Mayo lekarze znajdują w klubie pomieszczenie, wspaniałą bibliotekę i t. d.; mogą oni być obecni przy wszystkich operacyach.

— Międzynarodowy Komitet uzupełniających studyów lekarskich (Intern. Komitê für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2—4) urząda krótki cykl kursów ze wszystkich działów medycyny w Berlinie 19 do 28 czerwca b. r. po raz pierwszy ze współudziałem centralnego Komitetu pruskiego studyów uzupełniających.

Program dokładny zostanie ogłoszony w ciągu maja. Lekarze, którzy uzyskali dyplom w Niemczech, opłacają 20 do 50 marek, zależnie od liczby kursów, na które się wpiszą; lekarze zagraniczni mogą być przyjęci w miarę miejsca za wyższą opłatą. Zapytania kierować należy do wspomnianego wyżej komitetu, zgłoszenia zaś do Biura Stowarzyszenia docentów (Dozentenverein, Berlin N. 24. Ziegelstr. 10/11).

— Konsumcya alkoholu w szpitalach spada w ostatnich latach stale, jak stwierdza Ewald (IV. kongres dla terapii), albowiem przekonano się, że wszystkie t. zw. korzystne działania alkoholu, np. w chorobach zakaźnych, są złudne lub chwilowe, a szkody, które wyrządza alkohol, nieporównanie większe. A.

Mianowani: patolog prof. Kaiserling z Berlina profesorem w Królewcu.

Zmarli: interniści doc. Bennecke w Jenie, prof. Jaccoud w Paryżu.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik IV. Zeszyt 4 i 5. (Cena 7·25 Mk., całego rocznika 16 Mk.).

Treść kwietniowego zeszytu tegorocznego stanowią następujące rozprawy: Doc. Michaud i Schlecht: »Nowe metody czynnościowej dyagnostyki nerek«, Prof. Oberlaender i Dr Boehme: »Leczenie zwężeń cewki moczowej męskiej i ich następstw«, Prof. Jadassohn: »O postępach dermatologii w zakresie etyologicznym i ogólno-patologicznym«, Prof. Joseph: »Ogólny przegląd postępu w zakresie chorób skórnych i wenerycznych«. W zeszycie majowym pisze Prof. Marburg o rozpoznawaniu nowotworów mózgu, Prof. Dubois o racyonalnej psychoterapii, Dr Hitschmann o metodzie Freuda, Dr Adler o psychologicznem leczeniu nerwic, Doc. Isselin o psychoterapii i jej metodach, Prof. Binswanger o sądowolekarskiem znaczeniu psychoz histerycznych, a Prof. Marburg podaje ogólny przegląd postępów na polu neurologii i psychiatryi.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 21. maja 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye. 2) Doc. Radliński: Krwiomocz przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. 3) Dr Surzycki: O oksaluryi.

Rok LII. Kraków, dnia 24 maja 1913. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Dychawica oskrzelowa i gruźlica płuc.

Wykład na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego częstochowskiego 13. I. 1913).

Napisał

Dr Karol Rozenfeld (Częstochowa).

Zagadnienie o wzajemnym stosunku dychawicy oskrzelowej i gruźlicy płuc już oddawna zwracało uwagę klinicystów, było jednak rozstrzygane w sposób niejednakowy, a nawet zupełnie sprzeczny. Początkowo choroby te budziły w umysłach lekarzy pojęcia wręcz przeciwne, tak, że o jakiejkolwiek łączności lub współistnieniu tych spraw chorobowych nie mogło być mowy. Utrwaleniu tego poglądu sprzyjała poniekąd teorya o przeciwieństwie wzajemnem gruźlicy i rozedmy płuc. Wbrew odmiennym i słusznym poglądom Laenneca, teorya ta zjednała sobie wielu zwolenników wśród wybitnych przedstawicieli świata lekarskiego drugiej połowy zeszłego stulecia (Rokitansky, Frey). Rozedma płuc, która, jak wiemy, jest najczęstszem powikłaniem i następstwem dychawicy, w świetle tej teoryi stanowić miała nieprzezwyciężoną przeszkodę dla rozwoju sprawy gruźliczej. To też, gdy rozpoznanie gruźlicy równało się niemal wyrokowi śmierci, stwierdzenie rozedmy uważane było za objaw pomyślny, zabezpieczający płuca chorego od rozwoju gruźlicy.

Oczywista, że poglądy te musiały uledz zmianie pod wpływem późniejszych badań klinicznych, anatomopatologicznych i bakteryologicznych. Przekonano się wkrótce, że lasecznik gruźliczy może żyć i rozwijać się w płucu, dotkniętem rozedmą i sprawiać znaczne nieraz spustoszenia, z drugiej zaś strony stwierdzono, że sprawa gruźlicza sama przez się, bez udziału innych czynników, może być przyczyną rozedmy. Lecz, jak się to często zdarza w dziejach myśli ludzkiej, na gruzach jednego poglądu powstał inny i nie mniej krańcowy. W r. 1878 Hirtz wypowiada zdanie, że chory dotknięty rozedmą, winien zawsze budzić przypuszczenie równoczesnego istnienia gruźlicy. Hirtz nie przeczy wprawdzie, że w powstawaniu rozedmy mogą brać udział inne jeszcze czynniki, sądzi jednak, że w większości przypadków »rozedma jest tylko następstwem (fonction) gruźlicy«[1]). W nowszych czasach Béclere[2]), opierając się na licznych badaniach rentgenograficznych, przypuszcza, że t. zw. rozedma samoistna (essentialis) jest najczęściej skutkiem wyleczonej gruźlicy. Zbliżone są również poglądy Landouzygo i Claissea.

Widzimy zatem, że zamiast dawnych pojęć o bezwzględnem niemal przeciwieństwie tych chorób wyłonił się pogląd zasadniczo inny, dowodzący ścisłego ich związku. Jest on zbyt krańcowym, aby mógł utrzymać się w całej rozciągłości. Atoli dowiódł niezbicie, że rozedma może współistnieć z gruźlicą. Stwierdzenie tego faktu w klinice, na podstawie badania fizycznego płuc, sprawia nieraz poważne trudności. Z powodu zmienionych właściwości tkanki płucnej i odmiennych warunków przewodnictwa dźwięku, zmiany głębsze, nieraz nawet rozległe, mogą nie zwrócić uwagi lekarza. Na zwłokach osób, dotkniętych rozedmą, znajdowano często jamy gruźlicze, które za życia nie dawały żadnych zgoła objawów. Z faktu współistnienia tych chorób wypływa jeszcze jedna okoliczność, ważna pod względem praktycznym i dla chorego korzystna, a mianowicie sprawa gruźlicza pod wpływem rozedmy traci ostry charakter i przybiera zazwyczaj postać przewlekłą, włóknistą.

Skreślony przed chwilą rozwój pojęć odbił się żywem echem w nauce o stosunku wzajemnym dychawicy oskrzelowej i gruźlicy płuc. I tutaj dokonał się szybki i analogiczny poniekąd zwrot pojęć w duchu wręcz przeciwnym poglądom pierwotnym. Zamiast dawnego przeciwieństwa zaczęto głosić zasadę łączności i współzależności. G. Sée przytacza kilka spostrzeżeń, które dowodzą, że dychawica może być jednym z pierwszych objawów gruźlicy.

W r. 1879 Pujade podnosi, że czasami gruźlica płuc nie daje żadnych zgoła objawów, prócz charakterystycznych napadów duszności. W tym samym roku Bard zalicza dychawicę do objawów gruźlicy włóknistej[3]). Nie chcę przeciążać tego referatu przytaczaniem poglądów mniej lub więcej zbliżonych Schlemmera, Soca, Piéry i innych. Najskrajniejszym przedstawicielem tego kierunku jest Landouzy, którego zdaniem dychawica najczęściej jest skrytą postacią

---

[1]) A. Pic et S. Bonnamour. Précis des maladies des vieillards. 1912, str. 279.

[2]) Nouveau Traité de Médecine. Gilbert et Thonot. Tom XXIX. Maladies des bronches et des poumons. Le Noir. 1910. str. 804.

[3]) Cyt. podług Moncorgé »L'Asthme«. Paris 1912, str. 84.

gruźlicy. W obszernem dziele o »gruźlicy zapalnej« [4]) uważa Poncet sprawę wzajemnego stosunku dychawicy i gruźlicy płuc za przesądzoną w nauce, dzięki badaniom Landouzygo i Piery. To też mimo najszczegółowszego opisu zmian, występujących przy gruźlicy zapalnej we wszystkich tkankach i narządach ustroju, sprawie tej poświęca zaledwie kilkanaście wierszy.

Powstaje teraz pytanie, czy poglądy wymienione są słuszne i jaki jest istotny stosunek wzajemny tych chorób.

Odpowiedź na to pytanie poprzedzić musimy kilku krótkiemi uwagami o sposobie pojmowania dychawicy oskrzelowej, inaczej zwanej nerwową. Podług ogólnego mniemania jest to nerwica odruchowa, którą cechują typowe napady duszności przeważnie wydechowej, znaczne obniżenie i nieruchomość przepony, wreszcie rzężenia i świsty, zależne od nieżytu dróg oddechowych. Istota jej polega na zaburzeniu czynnościowem układu nerwowego, które pod wieloma względami przypomina typ zwykłego odruchu. Na pewne podniety obwodowe, płynące z zewnątrz lub z rozmaitych narządów ustroju, ośrodek oddechowy w opuszce odpowiada swoistym odczynem ze strony płuc. Po włóknach ruchowych i wydzielniczych nerwu błędnego i współczulnego spływa podnieta z opuszki do płuc, wywołuje kurcz mięśni oskrzelowych i wzmożone wydzielanie błony śluzowej oskrzeli, które stanowią ostateczną przyczynę napadu. Żeby jednak jakaś drobna podnieta mogła wywołać tak złożone zjawisko odruchowe, potrzeba szczególnych warunków. Układ nerwowy, a właściwie będący w mowie łuk odruchowy, musi być nadmiernie wrażliwym i czułym. Ta wrażliwość łuku odruchowego jest najczęściej skutkiem ogólnie wzmożonej pobudliwości całego układu nerwowego na tle wrodzonego lub nabytego usposobienia do chorób nerwowych. Może ona być również następstwem skazy dnawej, która w poglądach wielu lekarzy francuskich gra rolę wyłączną i wyczerpuje całą niemal etyologię dychawicy. W patologii niemieckiej wyraz »artrytyzm« nie cieszy się zbyt wielką sympatyą Jako tło, sprzyjające powstawaniu dychawicy, chętniej przytaczaną bywa przez Niemców t. zw. skaza wysiękowa (diathesis exsudativa — Pfaundler-Czerny).

W pośród wielu teoryi podałem ogólny zarys tej, która wydaje mi się stosunkowo najprostszą i najlepiej odpowiadającą potrzebom i celom klinicznym [5]). Nie przeczę, że teorya ta posiada pewne braki i nie przedstawia skończonej całości. Między innymi pozostaje niewyjaśnionym fakt szczególnego powinowactwa pewnych bodźców i podrażnień do łuku odruchowego z ośrodkiem oddechowym na czele. Nie rozumiemy, dlaczego napad dychawicy wywołuje w jednym przypadku zapach pewnego kwiatu lub wzruszenie psychiczne, w drugim — zaburzenie żołądka, w trzecim wreszcie — cierpienie jajnika. Jednakowoż, mimo pewne braki, teorya ta, przy dzisiejszym stanie wiedzy lekarskiej, daje najwięcej chyba zbliżone do prawdy pojęcie o mechanizmie samego napadu i prócz tego zaprowadza pewien ład i porządek w tłomaczeniu faktów klinicznych. Już oddawna podejrzywano, że dychawica oskrzelowa nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej, lecz jest pojęciem klinicznem, obejmującem typowy zespół objawów, spostrzeganych w najrozmaitszych stanach chorobowych. To też wszelkie próby klasyfikacyi spotykały duże trudności, miały charakter sztuczny i nie obejmowały całości zjawisk spostrzeganych.

Lekarzowi sprawiało trudność umieszczenie poszczególnego przypadku w odpowiedniej rubryce klasyfikacyjnej, odniesienie go do dychawicy samoistnej, objawowej, rzekomej, »dyspeptycznej«, nerkowej i t. d. Dzisiaj utrwala się mniemanie, że dychawica jest objawem, który może towarzyszyć rozmaitym stanom chorobowym, że te stany chorobowe mogą nawet grać rolę podniet, które dzięki szczególnie wzmożonej pobudliwości układu nerwowego wywołują odruchowo napad. O rozpoznaniu rozstrzyga zatem nie etyologia, lecz jedynie charakter i przebieg samego napadu. To też, czy będzie chodzić o osobnika zupełnie zdrowego, czy dotkniętego gruźlicą płuc, organicznem lub czynnościowem zaburzeniem jakiegobądź narządu, jeżeli równocześnie stwierdzimy charakterystyczny zespół objawów, opisanych wyżej, mamy prawo rozpoznawać dychawicę prawdziwą. Przypuszczając z góry wzmożoną pobudliwość ośrodka oddechowego, musimy w każdym poszczególnym przypadku rozważyć krytycznie charakter cierpienia podstawowego ze stanowiska podniety, zdolnej do wywołania odruchu w postaci napadu.

Niektórzy autorzy, chcąc wyjaśnić bliżej powstawanie nadczułości układu nerwowego, posuwają się w swych uogólnieniach jeszcze o krok dalej. Zgodnie z przewagą prądów humoralnych w patologii współczesnej, pojęcie skazy dnawej podprowadzają oni pod pojęcie ogólniejsze samozatrucia lub zatrucia ustroju. Moncorgé n. p. w swojej monografii o »astmie«, wydanej w roku zeszłym, dowodzi, że nietylko zatrucia i samozatrucia, ale nawet zakażenia ustroju, wzmagając pobudliwość układu nerwowego, są ostateczną przyczyną dychawicy. Mówiąc słowami Moncorgégo, »każde zatrucie, każde zakażenie i samozatrucie może wywołać dychawicę bezpośrednio lub za pośrednictwem jednego lub kilku narządów. I odwrotnie, każdy narząd lub układ narządów, niezależnie od rodzaju zatrucia i zakażenia, w drodze zaburzenia anatomicznego lub czynnościowego, może stać się przyczyną dychawicy«. Dla zobrazowania tych stosunków Moncorgé kreśli następujący schemat:

Zakażenia i zatrucia | Nadczułość ogólna | Nadczułość opuszki | Dychawica

Takie ujęcie sprawy jest najszerszem uogólnieniem, na jakie zdobyć się może medycyna współczesna. Z góry przypuszczać można, że hypoteza o tak szerokim pokroju, zwłaszcza wobec małej znajomości spraw biochemicznych, nie da się całkowicie uzasadnić i obronić. Posiłkowanie się pojęciami ogólnemi, które nie mają dostatecznego oparcia i uzasadnienia w faktach, jest często grą słów, pozbawionych treści. To też chcąc zużytkować pogląd ten w praktyce codziennej, spotkamy duże trudności.

W poszczególnych przypadkach dychawicy nie będziemy mogli ani określić rodzaju owych ciał trujących,

[4]) Pod nazwą tą Poncet pojmuje tę postać gruźlicy, w której toksyny, osłabione w swem działaniu, wywołują w tkankach tylko zwykły odczyn zapalny. Zmiany anatomiczne nie mają wówczas cech właściwych sprawie gruźliczej, brak gruzełków, komórek olbrzymich i t. d. — A. Poncet i R. Leriche. La tuberculose inflammatoire. Bibliothèque de la Tuberculose. Paris 1912, str. 403.

[5]) Bliższe uzasadnienie tej teoryi znaleźć można w obszernej monografii Wolfganga Siegla p. t. »Das Asthma«. Jena 1912, str. 34.

ani wykryć ich w sokach i tkankach ustroju. Trzebaby albo naginać fakty do z góry powziętych teoryi i snuć nowe domysły, albo też zrzec się wszelkiego ich tłomaczenia. Powtóre, obserwacya codzienna uczy, że całe mnóstwo zakażeń, spostrzeganych niemal na każdym kroku, nie wywołuje swoistej nadczułości ośrodka oddechowego. Nawet ciała chemiczne trujące, wprowadzone do ustroju zzewnątrz, zachowują się pod tym względem obojętnie. Wśród różnorodnych objawów zatrucia ostrego, kończącego się śmiercią, i przewlekłego, chyba wyjątkowo spotkać możemy obraz dychawicy.

Zamiast więc snuć wnioski z powziętych z góry założeń, zamiast twierdzić, że »gruźlica, jako zakażenie ma prawo do astmy (la tuberculose, étant une infection, a droit à son asthme«), lepiej zwrócić się do faktów, spostrzeganych w praktyce codziennej, i w tłómaczeniu ich nie wybiegać poza ramy teoryi ustalonych lub mających najwięcej pozorów słuszności. Zaczniemy od wpływu dziedziczności.

Już Trousseau zauważył, że z rodziców, dotkniętych gruźlicą, rodzą się często ludzie dychawiczni i naodwrót ludzie, dotknięci dychawicą, mogą wydawać na świat potomstwo gruźlicze. Berkart[6]) na 180 przypadków dychawicy stwierdził wpływ obciążenia dziedzicznego gruźlicą aż w 80%. Żałuję bardzo, że nie mogę podać ścisłej liczby własnych w tym kierunku spostrzeżeń. W ciągu 16-letniej praktyki w Częstochowie spostrzegałem przeszło 40 przypadków dychawicy oskrzelowej. O ile sobie przypominam, obciążenie dziedziczne gruźlicą mogłem stwierdzić najwyżej w 8 przypadkach, co stanowi mniej więcej 20%. Zaliczam tutaj 2 przypadki dychawicy u dzieci, z których w jednym — matka, w drugim ojciec dotknięci byli postacią włóknistą gruźlicy o przebiegu nadzwyczaj łagodnym.

W pierwszym przypadku chłopiec czteroletni, po dwukrotnem przebyciu zapalenia płuc i częstych nieżytach oskrzeli, którym zwykle towarzyszyła gorączka i bardzo silny kaszel o charakterze krztuścowym, dostaje nagle gwałtownej duszności, przypominającej typowy obraz dychawicy. Napad trwał około 2 dni, poczem ustąpił miejsca zwykłemu nieżytowi oskrzeli z charakterystycznym kaszlem.

Podawanie jodku potasu nie sprawiało żadnej ulgi. Zespół objawów w danym razie świadczył o powiększeniu gruczołów tchawicznooskrzelowych, które prócz tego można było doskonale wykryć zapomocą osłuchiwania kręgosłupa (objaw Espinea). Napad dychawicy powtórzył się jeszcze dwa razy.

Przy ostatniem badaniu, po 3 latach trwania choroby zauważyłem wyraźny naciek prawego szczytu.

W drugim przypadku, po gwałtownym napadzie dychawicy u dziewczynki 5-letniej, uważanej dotychczas za względnie zdrową, rozwinął się obraz, właściwy cierpieniu gruczołów tchawicznooskrzelowych. Powiększenie ich stwierdzono również prześwietlaniem promieniami Röntgena. Z biegiem czasu, być może pod wpływem stałego leczenia klimatycznego, natężenie napadów trochę się zmniejszyło, występują one jednak do dziś dnia co kilka miesięcy i stanowią zawsze wstęp do nieżytu oskrzeli, przebiegającego ze znacznem wzniesieniem ciepłoty (39°).

W obydwóch przypadkach cierpienie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych jest ogniwem, łączącem gruźlicę rodziców z dychawicą dzieci. Mimowoli rodzi się pytanie, czy cierpienie to nie gra najważniejszej roli w powstawaniu dychawicy dziecięcej. Osobiste doświadczenie nie pozwala mi odpowiedzieć tak lub nie. Wielu pedyatrów odrzuca zupełnie wpływ obciążenia dziedzicznego gruźlicą i w dychawicy dziecięcej upatruje wyłączne następstwo skazy dnawej rodziców. Audeoud[7]) np. podkreśla różnicę między dychawicą samoistną, powstającą najczęściej na tle usposobienia »artrytycznego« i »astmą gruczołową«, zależną od ucisku na sploty nerwowe płucne powiększonych gruczołów tchawiczno-oskrzelowych.

W pozostałych 6 przypadkach wyraźny wpływ dziedziczności zauważyłem u dwóch chorych.

Pierwszy przypadek dotyczy 22-letniej panny, która od 13. roku życia miewa okresowo bardzo ciężkie napady dychawicy oskrzelowej. Ojciec ma lat 60, kaszle od lat kilkudziesięciu, mizerny, chudy, systematycznie nie leczył się nigdy. Matka zmarła z powodu ogólnego wycieńczenia na tle choroby Parkinsona. Starszy brat i siostra leczą się rok rocznie w Reinertz z powodu włóknistej postaci suchot płucnych. W przeszłym roku młodsza siostra zachorowała również na gruźlicę. W przypadku tym zasługuje na uwagę nietylko fakt współistnienia gruźlicy z dychawicą wśród członków jednego rodzeństwa, ale prócz tego równoczesne istnienie gruźlicy u ojca i ciężkiej choroby nerwowej u matki.

W drugim przypadku młody człowiek, lat 25, cierpiący na napady dychawicy od kilku miesięcy, traci matkę na ostrą gruźlicę prosówkową.

W pozostałych przypadkach wiadomość o gruźlicy rodziców pochodzi wyłącznie od chorych, i dlatego nie uważam jej za bezwzględnie pewną.

Zasługuje poniekąd na wiarę przypadek, w którym dwie siostry, osoby zupełnie inteligentne, mówią wyraźnie o swem pochodzeniu z rodziny gruźliczej. Jedna z nich od lat kilkunastu miewa typowe napady dychawicy, druga ma silną rozedmę płuc, powikłaną gruźlicą.

Odwrotnego stosunku dziedzicznego nie miałem sposobności spostrzegać. U osobników pochodzących z rodzin, dotkniętych dychawicą, nie zauważyłem szczególniejszego usposobienia do gruźlicy płuc. Widzimy zatem, że wpływ dziedziczności nie przemawia bynajmniej na korzyść bliższego związku tych spraw chorobowych. Wobec szerokiego rozpowszechnienia gruźlicy, związek, stwierdzony w kilku zaledwie spostrzeżeniach, może być nawet przypadkowym. Z faktów przytoczonych można wysnuć jedynie ten wniosek, że powiększenie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych u dzieci, obciążonych dziedzicznie, może, w wyjątkowych razach, sprzyjać powstawaniu dychawicy oskrzelowej.

Przechodząc do wzajemnych stosunków tych chorób w życiu osobniczem, na wstępie podkreślić musimy fakt, który uderza w oczy mimowoli, ilekroć obserwujemy przez czas dłuższy ludzi, dotkniętych dychawicą. Większość tych chorych w okresach wolnych od napadów cieszy się zupełnem zdrowiem, wygląda doskonale i nie budzi najmniejszego podejrzenia co do istnienia jakiejkolwiek choroby. Utarło się nawet mniemanie, że ludzie ci najczęściej dosięgają późnej starości. Mam w obserwacyi już od lat 10 kilku »astmatyków«, u których, przy najskrupulatniejszem bada-

---

[6]) Cyt. przez Siegla, str. 62.

[7]) Audeoud: L'Astme. La pratique des maladies des enfants Vol. V. 1911 str. 682.

niu, nie mogę wykryć w płucach nic podejrzanego, i którzy poza napadami uważają się za zupełnie zdrowych. W dwóch przypadkach po kilku napadach dychawicy nastąpiła tak długa przerwa, że można spodziewać się zupełnego wygaśnięcia choroby. W innych przypadkach, w mojem doświadczeniu stosunkowo nielicznych, częste nawroty choroby wywołują upadek odżywiania, czynnościowe zaburzenia układu nerwowego, wreszcie wskutek rozedmy i stałych nieżytów oskrzeli upośledzają czynność serca. Ale i w tych razach najczęściej trudno wykryć powikłanie gruźlicą. Mówię »najczęściej« ze względu na możliwe wyjątki, do których wrócimy niebawem. Tymczasem jednak można zarzucić, że korzystałem z niepewnych metod rozpoznawczych, że brak laseczników w plwocinie nie jest bezwzględnie rozstrzygającym, że badanie fizyczne płuc, wobec współistniejącej rozedmy, może nie wykryć drobnych zmian gruźliczych. W piśmiennictwie lekarskiem francuskiem nie brak jednak spostrzeżeń, w których prześwietlanie płuc promieniami Röntgena, stosowanie odczynów tuberkulinowych, nawet szczepienie wydzielin świnkom morskim, pozwalało napewno wyłączyć gruźlicę (Moncorgé). Potwierdzają to również wyniki badań pośmiertnych, dokonanych zresztą w kilku zaledwie przypadkach (Bamberger, Fraentzel, Leyden, Berkart, Fraenkel, Jezierski[8]). W płucach ludzi, zmarłych w napadzie dychawicy lub wkrótce potem, znajdowano nieżyt złuszczający błony śluzowej i ani śladu gruzełków.

Zresztą, zgadzając się najzupełniej, że kliniczne metody badania są niewystarczające i niepewne, nie można odmówić wszelkiej wartości długoletniej obserwacyi chorych. Jednorazowe, przypadkowe badanie chorego może narazić lekarza na błąd rozpoznawczy, atoli przy dłuższem trwaniu choroby zawsze zwrócą jego uwagę pewne objawy kliniczne, lub drobne zmiany w płucach, świadczące o rozwoju gruźlicy. Tymczasem wielu sumiennych i doświadczonych klinicystów, pomimo długoletniej ścisłej obserwacyi chorych, dotkniętych dychawicą, nie znajdowało w płucach ani śladu sprawy gruźliczej. Biegański, zapytywany w tej sprawie, upoważnił mnie do oświadczenia, że w ciągu 30-letniej praktyki w Częstochowie spostrzegał wiele przypadków dychawicy oskrzelowej, ani razu jednak nie widział powikłania gruźlicą. Brügelmann[9]) nie wierzy nawet w możliwość takiego połączenia chorób.

Zestawienie tych faktów dowodzi, że wbrew zapatrywaniom wielu autorów francuzkich, dychawica nie może być uważana tylko za skrytą postać gruźlicy płuc, że w olbrzymiej większości przypadków gruźlica nie gra żadnej roli etyologicznej, że przyczyn dychawicy trzeba najczęściej szukać w działaniu innych czynników chorobotwórczych. Ale jak to zwykle bywa, zwłaszcza w dziedzinie zjawisk biologicznych, niema prawidła bez wyjątku. Zdanie Brügelmanna jest niemniej krańcowe od zdania Landouzy, który utrzymuje, że u większości astmatyków po 15—20 latach istnienia choroby można zawsze wykryć wyraźne ślady gruźlicy płuc. Prawda zdaje się leżeć w pośrodku. Nie ulega wątpliwości, że w przypadkach stosunkowo rzadkich gruźlica płuc może wystąpić, jako powikłanie dychawicy oskrzelowej. Częste przekrwienia płuc, stałe nieżyty oskrzeli, mogłyby, zdaniem Fraenkla, sprzyjać osiedlaniu się w płucach laseczników gruźliczych. Obecność rozedmy nie stanowi zasadniczej przeszkody. W r. 1892 Jacobsohn ogłosił przypadek, w którym najpierw wystąpiła dychawica oskrzelowa, a w rok później gruźlica. Napady pierwszej trwały w dalszym ciągu bez zmiany. Podobny przypadek opisał Dünges (Siegel). Sokołowski[10]) spostrzegał 40-kilkoletnią kobietę, która od lat wielu chorowała na powtarzające się od czasu do czasu napady dychawicy oskrzelowej. Ostatecznie chora ta zapadła na gruźlicę, która rozwinęła się powoli, miała charakter przewlekły i nie wywarła żadnego wpływu na przebieg dychawicy. Sokołowski podkreśla fakt rzadkiego współistnienia tych chorób i sądzi, że częste wykrywanie gruźlicy u astmatyków jest wynikiem błędów rozpoznawczych. Napady duszności, właściwe rozedmowej postaci suchot płucnych, brane są mylnie za napady dychawicy oskrzelowej, powikłanej gruźlicą. Uwaga ta jest najzupełniej słuszną i tyczyć się może wielu spostrzeżeń autorów francuzkich.

Oprócz podanych wyżej dwóch przypadków połączenia dychawicy z gruźlicą u dzieci, z własnej obserwacyi przytoczyć mogę jeszcze dwa u ludzi dorosłych. Wspominałem już o nich, rozważając wpływ dziedziczności.

Panna, mająca obecnie 22 lata, której ojciec, brat i dwie siostry są dotknięci gruźlicą, matka zaś zmarła na tle wyczerpania ogólnego wskutek choroby Parkinsona, zapadła na dychawicę oskrzelową w 13 roku życia. Napady początkowe były nadzwyczaj silne, powtarzały się kilka razy do roku i trwały zawsze po kilka dni z rzędu. Chorą tę miałem sposobność widzieć po raz pierwszy podczas jednego z napadów dopiero w roku zeszłym. Stan chorej był rozpaczliwy z powodu niezwykłej duszności. Jodek potasu nie przynosił najmniejszej ulgi, tylko morfina w połączeniu z atropiną łagodziła cierpienie. Przy dokładnem badaniu płuc w kilka dni po napadzie mogłem stwierdzić jedynie rozedmę z mnóstwem świstów i furczeń. Po pewnym czasie nietrudno było zauważyć dość wyraźne stłumienie nad prawym szczytem, wdech znacznie osłabiony, wydech długi, szorstki, ślady trzeszczenia. Objawy te utrzymują się stale od kilku tygodni. Chora pokaszluje, w plwocinie niema laseczników. Stały pobyt w środowisku gruźliczem, obciążenie dziedziczne po ojcu, usposobienie nerwowe po matce, mogą łatwo tłomaczyć współistnienie tych chorób, Na tle istniejącej od 8 lat dychawicy rozwija się powoli i skrycie gruźlica, która nie daje wyraźniejszych objawów klinicznych i nie wywiera żadnego widocznego wpływu na natężenie i częstość napadów dychawicy

W drugim przypadku spostrzegałem współistnienie gruźlicy przewlekłej włóknistej z t. zw. »astmą nosową«, której ścisłe pokrewieństwo z dychawicą nie budzi żadnej wątpliwości. Różnica polega na tem, że środek oddechowy zamiast odczynu ze strony oskrzeli, wywołuje podobny pod względem mechanizmu odczyn ze strony nosa, a nawet gardła i krtani. 35-letnia mężatka, z rodziny gruźliczej, z dosyć rozległem stwardnieniem prawego szczytu, po przebyciu leczenia klimatycznego w Zakopanem czuje się dobrze. W lecie 1909 r., powróciwszy z wycieczki, budzi się nagle ze snu z uczuciem silnej duszności. Nos zapchany w całem tego słowa znaczeniu, nie przepuszcza powietrza. W gardle i krtani uczucie zwężenia, ściskania, zmuszające chorą do bardzo głębokich wdechów. Kaszel suchy, męczący, bezgłos. W ciągu 4—5 godzin o leżeniu nie może

[8]) Siegel. op. cit. Str. 84—89.

[9]) Brügelmann. Das Asthma, sein Wesen und seine Behandlung. 5 Aufl. Wiesbaden 1910.

[10]) Dr Alfred Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Choroby tchawicy i oskrzeli. T. I. str. 289.

być mowy. Nad ranem wydziela się z nosa i gardła olbrzymia ilość śluzu wodnistego, który wkrótce staje się ropiastym. Chora doznaje znacznej ulgi. Nazajutrz ciepłota podnosi się do 37.7° i rozwija się obraz nieżytu tchawicy i górnego odcinka oskrzeli. W ciągu następnych dwóch lat wystąpiły jeszcze 2 podobne napady. W danym przypadku usposobienie artrytyczne sprzyjało zapewne współistnieniu astmy nosowej z gruźlicą. Osoba ta miewa migrenę, często ból lędźwiowy, bóle stawowe, dawniej chorowała ona na kamicę żółciową i rumień.

W trzecim przypadku mężczyzna 25-letni, z zawodu introligator, od 6 miesięcy cierpi na typowe i częste napady dychawicy. Poprzednio uważał się za zdrowego, był wprawdzie szczupły, blady, łatwo się zaziębiał, ale nie leczył się nigdy. W latach dziecinnych chorował na odrę. Matka zmarła na suchoty. Po pierwszych napadach dychawicy miał przez kilka tygodni niewielką gorączkę, stały kaszel i bardzo zeszczuplał. Pod wpływem leczenia stan ogólny poprawił się znacznie, i dopiero ponowny wybuch dychawicy zmusił chorego do szukania porady lekarskiej. Po przejściu dychawicy chory ten zgłosił się do mnie z powodu gorączki i trwającego od 3 dni krwioplucia. Przy badaniu stwierdziłem wyraźne zapadnięcie prawego szczytu, oddech nieokreślony, drobne rzężenia, ciepłotę 37.7°. Po upływie kilku dni w plwocinie stwierdzono małą ilość laseczników Kocha. Rozpoznanie dychawicy, powikłanej gruźlicą, nie ulegało żadnej wątpliwości. Czy napady jej były związane przyczynowo z chorobą podstawową, czy też przypadkowe, niezależne, nie chcę na razie przesądzać.

Przypadek ten w terminologii francuskiej nosiłby napewno miano »l'asthme prétuberculeux« (Reboul), co oznacza, że napady dychawicy stanowią czasami przygrywkę do rozpoczynającej się gruźlicy i wyprzedzają, nieraz na długo, znaną ogólnie seryę objawów klinicznych. Nazwa ta nie wydaje mi się zbyt szczęśliwą. W takich razach, zapewne, mamy do czynienia z przewlekłą, rozwijającą się powoli i skrycie postacią suchot płucnych, do których później przyłącza się dychawica oskrzelowa. Zaostrzenie się, pod jej wpływem, sprawy gruźliczej, jak to było niewątpliwie w naszym przypadku, tłomaczyć można z jednej strony upośledzoną czynnością płuc, z drugiej zaś — szkodliwem oddziaływaniem dychawicy na stan ogólny chorego. Roznieca ona iskrę, tlącą oddawna w ustroju. Przypadek ten zasługuje na uwagę jeszcze z tego względu, że dotyka interesującego nas zagadnienia z odwrotnej, że tak powiem, strony. Zachodzi pytanie, czy dychawica może występować w przebiegu rozwiniętych suchot płucnych i być uważana za jej objaw na równi z gorączką, krwiopluciem, wychudzeniem i t. p.

Chcąc dowieść współistnienia tych chorób, musimy teraz użyć taktyki odwrotnej. Zamiast doszukiwać się śladów gruźlicy u ludzi, dotkniętych dychawicą, co zawsze nastręczać może pewne wątpliwości, trzeba się zwrócić do olbrzymiego zastępu suchotników, spostrzeganych na każdym niemal kroku i zapisywać skrzętnie każdy fakt powikłania dychawicą oskrzelową. Nietylko autorzy francuzcy, lecz i niemieccy, jak np. Siegel, Brügelmann, uważają takie połączenie chorób za rzecz dowiedzioną, jakkolwiek rzadko spostrzeganą. Osobiście na tysiąc z górą suchotników, spostrzeganych w ciągu lat 15, widziałem tylko jeden przypadek, opisany przed chwilą. W drugim przypadku gruźlica była powikłana dychawicą nosową.

Zdawało mi się, że w wielkich skupieniach gruźliczych, jakiemi są sanatorya, będę mógł znaleźć lepsze rozstrzygnięcie sprawy. W tej myśli zwróciłem się do Dra Dłuskiego w Zakopanem i Dra Gałeckiego w Rudce z prośbą o nadesłanie mi wiadomości, jakie są wyniki ich własnych w tym względzie spostrzeżeń. Czuję się w obowiązku wyrazić tu Drowi Dłuskiemu i Gałeckiemu szczere podziękowanie za spełnienie mojej prośby i za możność skorzystania z nadesłanych informacyi w druku. Otoż na 2450 chorych, leczonych w zakładzie w Zakopanem, Dr Dłuski spostrzegał tylko jeden przypadek gruźlicy, powikłanej dychawicą oskrzelową. Żona lekarza, z dużym naciekiem jednego płuca, miewała częste napady dychawicy. Sprawa w płucu postępowała naprzód i chora zmarła w kilka miesięcy po wyjeździe z zakładu. W okresie praktyki, poprzedzającej objęcie obowiązków kierownika Zakładu w Zakopanem, Dr Dłuski widział jeszcze dwa przypadki połączenia gruźlicy z dychawicą. Wogóle bliższego związku między temi sprawami Dr Dłuski nie spostrzegał. Nie zauważył również, aby dychawica miała jaki wyraźny wpływ na przebieg gruźlicy. »Uderzała go zawsze niesłychana rzadkość dychawicy oskrzelowej wśród pacyentów Zakładu«.

Dr Gałecki na 863 chorych, leczonych do dnia 1. stycznia r. b. w Sanatoryum w Rudce, tylko u dwóch spostrzegał dychawicę oskrzelową.

Mężczyzna 25-letni, z rodziny gruźliczej, cierpi na dychawicę od lat 10. Na tydzień przed przybyciem do Rudki miał napad, trwający 4 dni z rzędu. Przez cały czas pobytu w zakładzie napad dychawicy nie powtórzył się ani razu. Przy badaniu stwierdzono stłumienie w szczycie prawym, zmiany w oddechu, od czasu do czasu nieco rzężeń drobnobańkowych w okolicy wnęki płucnej. W drugim przypadku napady dychawicy wystąpiły u mężczyzny 20-letniego, dotychczas zdrowego, nie obciążonego dziedzicznie, po przebyciu ciężkiej choroby płuc, która trwała około 3 miesięcy. W prawym płacie górnym stwierdzono przy badaniu objawy przebytej sprawy gruźliczej, niezbyt zresztą wyraźne. W obydwóch przypadkach nie znaleziono laseczników w plwocinie. Wobec małych zmian fizycznych ze strony płuc, Dr Gałecki sądzi, że sprawa gruźlicza znajduje się dopiero w okresie początkowym. Współzależności między dychawicą i gruźlicą dopatrzyć się nie mógł.

Jednocześnie z odpowiedzią Dra Dłuskiego i Gałeckiego wpadł mi w ręce grudniowy zeszyt czasopisma, poświęconego leczeniu gruźlicy, wydawanego w Leysin[11]). Reynier w artykule p. t. »Dychawica i gruźlica« podaje, że na 3018 chorych, leczonych w Leysin, spostrzegano 18 przypadków połączenia tych chorób. U większości chorych dychawica była jednym z pierwszych objawów gruźlicy, a tylko w 3 przypadkach wystąpiła w późniejszych okresach choroby. Niejednokrotnie zaraz po ukazaniu się dychawicy można było znaleźć laseczniki w plwocinie, czasami dopiero po roku lub kilku latach badanie płuc i plwociny wykrywało gruźlicę.

Autor podkreśla nawet bliższy związek, jaki zachodzi między rozwojem sprawy gruźliczej i przebiegiem dychawicy. Każde zaostrzenie, każdy nawrót pierwszej odbija się na natężeniu i częstości napadów. Odwrotnie, napady dychawicy same przez się nie wywołują gorączki, krwioplucia. Ostatecznie, poniekąd w myśl poglądów Landouzygo, twierdzi Reynier kategorycznie, że każdy osobnik

[11]) Wiestnik po terapii tuberkuloza Nr 17, r. 1912.

w wieku dorosłym, dotknięty dychawicą »nieobjawową«, ma również gruźlicę, że jest ona związana z chorobą podstawową tak ściśle, jak n. p. gorączka, krwioplucie.

Nie mamy prawa powątpiewać o ścisłości spostrzeżeń Reyniera. Jednakowoż co do jednego z 5 podanych przez niego spostrzeżeń nasuwa się mimowoli wątpliwość, czy rzekoma dychawica nie była raczej dusznością, właściwą rozedmowej postaci gruźlicy. Zresztą, mała względnie liczba przypadków gruźlicy, powikłanej dychawicą, wynosząca zaledwie 0,6%, nie upoważnia jeszcze do utożsamiania dychawicy z innymi objawami gruźlicy.

Moncorgé, powściągliwszy i daleki od przypisywania gruźlicy wyłącznej roli etyologicznej w powstawaniu dychawicy oskrzelowej, przyznaje, że dychawica oskrzelowa zdarzać się może we wszystkich postaciach klinicznych suchot. Najrzadszą jest w postaci serowatej, która wywołuje zupełne zniszczenie pierwiastków nerwowych w tkance płucnej. Rzadką jest również w naciekach rozlanych (massive), które wywołują ucisk i porażenie zakończeń nerwowych, co najwyżej zdarzyć się mogą przelotnie w początkach zachorowania. Częściej można ją spostrzegać w postaciach suchot włóknistych, a najczęściej w postaci opłucnej w suchem zapaleniu opłucnej. Zakończenia nerwowe, gęsto rozgałęzione na powierzchni opłucnej, pod wpływem zapalenia wywołują najsilniejsze podrażnienie nerwu błędnego. Płuca pod tym względem nie różnią się wcale od innych narządów ustroju. »Zmiany drobne, powierzchowne, przez swój wpływ drażniący łatwiej wywołują zjawiska odruchowe, aniżeli zmiany głębokie, ciężkie, które zmniejszają przewodnictwo włókien nerwowych wskutek zniszczenia ich pierwiastków anatomicznych«.

Wreszcie dychawica wystąpić może już po wygaśnięciu sprawy gruźliczej pod wpływem drażniącego wpływu pozostałej blizny (l'asthme posttuberculeux). Wbrew zapatrywaniu Reyniera, Moncorgé sądzi, że rokowanie w gruźlicy, powikłanej dychawicą, jest względnie pomyślne, już ze względu na sam rodzaj i charakter sprawy podstawowej (postać włóknista).

Poglądy Moncorgégo są tylko złagodzonym wyrazem opinii większości współczesnych lekarzy francuzkich. Niestety i w tej nawet formie poglądy te trudno pogodzić z wynikami obserwacyi Dra Dłuskiego, Gałeckiego, Sokołowskiego, Biegańskiego, i wreszcie moich. Być może, że niezgodność tę położyć trzeba na karb szczególniejszego usposobienia Francuzów do dychawicy oskrzelowej, zależnego od rozpowszechnionej wśród nich skazy dnawej. Trudno bowiem przypuścić, żeby w tym razie mogła grać rolę przypadkowość samego zjawiska. Sokołowski w r. 1901 zauważył, że połączenie gruźlicy z artrytyzmem może sprzyjać powstawaniu dychawicy oskrzelowej [12]).

Wracając do naszych spostrzeżeń i zestawiając z jednej strony szerokie rozpowszechnienie gruźlicy, z drugiej zaś wielką rzadkość powikłania jej dychawicą, drogą prostej logiki zwątpić musimy o bliższym związku tych spraw chorobowych. A już pod żadnym pozorem nie możemy się zgodzić, żeby dychawica pod względem genetycznym była objawem równoznacznym z gorączką, krwiopluciem, wychudzeniem, jak sądzi n. p. Reynier.

Nie przeczę, że gruźlica, dzięki toksynom, krążącym we krwi, może wzmagać pobudliwość układu nerwowego. Wiemy doskonale, że ludzie, dotknięci gruźlicą, podlegają najrozmaitszym zboczeniom czynnościowym układu nerwowego, zboczeniom, w znacznej części zależnym od działania toksyn. Chełmoński dowodzi, że »u wszystkich niemal suchotników stwierdzić można objawy neurastenii, histeryi lub histeroneurastenii« [13]). Lecz to nie wystarcza. Żeby zostać astmatykiem, neurastenik musi mieć jeszcze ośrodek oddechowy pobudliwszy od innych ośrodków, regulujących czynności naszego ustroju.

W wyjątkowych razach, przy usposobieniu artrytycznem, toksyny gruźlicze przypuszczalnie mogą wywrzeć ten skutek, a wówczas sprawa gruźlicza miejscowa miałaby już utorowaną drogę dla wywołania odruchu. Czasami tym bodźcem obwodowym mogłoby być powiększenie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych i ucisk na gałązki nerwu błędnego. Czynnik ten mógłby posiadać ważne znaczenie w powstawaniu dychawicy nietylko u dzieci, ale również u ludzi dorosłych. Chełmoński w r. 1911 ogłosił 13 przypadków dychawicy oskrzelowej u ludzi różnego wieku, w których dokonano zdjęć rentgenograficznych gruczołów okołooskrzelowych [14]). We wszystkich przypadkach stwierdzono mniej lub więcej wybitne powiększenie tych gruczołów; były one miękkie lub przeistoczone włóknisto, bez śladu rozpadu tkanki gruczołowej. Chełmoński w powiększeniu tem upatruje wyraz zmienionego wydzielania wewnętrznego wskutek nieznanych bliżej zmian w odpowiednich gruczołach, w przysadce mózgowej, nadnerczach, gruczole tarczowym.

O wiele łatwiej tłomaczy się powiększenie gruczołów tchawicznooskrzelowych u ludzi, dotkniętych gruźlicą. W przyszłości należałoby stwierdzić, jak często cierpienie to towarzyszy połączeniu gruźlicy i astmy [15]). Powtóre źródłem podrażnienia nerwu błędnego, prócz powiększenia gruczołów, mogłaby być sprawa gruźlicza w samem płucu. Suche zapalenie opłucnej, drobne ogniska, najczęściej zwyrodniałe włóknisto, mogą wywoływać podrażnienie najdrobniejszych rozgałęzień nerwowych, które kończą się w ściankach kanalików powietrznych i naczyń krwionośnych. Przypuszczaćby można, że podrażnieniu temu towarzyszy nietylko zaburzenie czynnościowe, ale również zmiana anatomiczna w postaci zapalenia włókienek nerwowych (neuritis). Nawet rozszerzenie naczyń krwionośnych wskutek bezpośredniego wpływu toksyn uważane było przez niektórych autorów jako źródło podrażnienia włókienek nerwowych, które oplatają naczynia i kończą się w ich ścianach. Przypuszczeń nie brak. Niestety, przy obecnym stanie wiedzy lekarskiej nie możemy ich uzasadnić lub dowieść.

[12]) Sokołowski. Objawy ze strony dróg oddechowych, spostrzegane u suchotników, dotkniętych usposobieniem artrytycznem. Gazeta lekarska r. 1901, Nr 46, str. 1204.

[13]) Chełmoński. Stan układu nerwowego u suchotników i jego wpływ na przebieg gruźlicy. Gaz. lek., r. 1901, str. 588.

[14]) Chełmoński. Przyczynek do patogenezy astmy oskrzelowej. Gazeta lekarska r. 1911, Nr 28, str. 770.

[15]) W nowszych czasach Friedr. Müller zwrócił uwagę, że u ludzi, dotkniętych dychawicą, wnęki płuc w obrazach rentgenograficznych są nadzwyczaj silnie zacienione. Cyt. podług: Ed. Stadler. Die Behandlung des Asthma bronchiale. Medizinische Klinik, 1913, Nr 4, str. 126.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę paratyfusu (duru wrzekomego) i duru mandżurskiego,

przez

H. Fidlera (Radom).

(Dokończenie.)

B. Dur mandżurski.

Znajomość powyższego cierpienia zawdzięczamy pracom lekarzy rosyjskich i japońskich, czynnych na terenie wojny. Wyczerpujące opisy i badania podali: Botkin, Korenczewskij, Czausow, Barykin, Zimnicki, oraz Japończyk Horiuchi.

Epidemiologia. Cierpienie to spotykano pierwotnie w Mandżuryi podczas ostatniej wojny, lecz zdarzały się przypadki i w innych miejscach Dalekiego Wschodu, jak również w Rosyi europejskiej, a nawet w Petersburgu. Na terenie wojny choroba występowała epidemicznie, zaś w innych miejscowościach w postaci małych endemii. Nieznane są do tej pory sposoby przenoszenia się zarazy, gdyż prątków poza ustrojem ludzkim nie udało się wykryć. Widocznie jest to pasorzyt bezwzględuy, przenoszący się z człowieka na człowieka.

Bakteryologia. Pierwszy Zimnicki wykrył prątka duru mandżurskiego we krwi i różycowej plamce chorego. Prątek ten nosi też nazwę prątka Zimnickiego. Prątek ten jest bardzo podobny do prątka durowego, lecz jest odeń dłuższy i cieńszy. Obdarzony żywymi ruchami, ma 4 i więcej bocznych rzęsek. Nie tworzy zarodników, sposobem Grama się nie barwi, łatwo zaś barwi się wszystkimi barwnikami anilinowymi. W mięsno-peptonowym bulionie daje równomierny męt, tworzy delikatny kożuszek, a niekiedy niewielki osad. Na agarze rośnie w postaci drobnych, przeźroczystych kolonii, jakby w postaci włókien. Mleko (w odróżnieniu od prątka Ebertha) ścina wolno, w cukrze gronowym nie wytwarza gazów, indol wytwarza, a na barwnych pożywkach zachowuje się jak prątek Ebertha.

Drobnoustrój ten łatwo się wyradza i traci zdolności rozwojowe. W 2., a najdalej w 3. pokoleniu już zjawiają się postacie zwyrodniałe (inwolucyjne). Dłużej nad 2 tygodnie nie daje się przeszczepiać. 0·3 ctm³ dwudniowej hodowli, wstrzyknięte białej myszy śródotrzewnie, zabija ją na drugi dzień. W pomyślnych zaś przypadkach można prątek wykryć we krwi myszy. We krwi chorych prątki pozostają krótko. Prątki te należą do grupy durowo-okrężnicowej (Typhus-coli-gruppe).

Serologia. Surowica chorych skleja prątki Zimnickiego aż w stosunku 1:10.000, prątki zaś Ebertha 1:30, paratyfusowe 1:5. W przebiegu choroby wytwarzają się gatunkowe (heterologiczne) aglutyniny, lecz stale najsilniej homologiczne.

Objawy. Choroba rozpoczyna się nagle. Trzeciego dnia dosięga pełni rozwoju. Następuje 1-2-krotny silny dreszcz. Ciepłota dochodzi do 39° i 40°; gorączka przebiega w postaci ciągłej z nieznacznemi zwolnieniami rannemi do połowy drugiego tygodnia. Od 11—15. dnia spada ciepłota do poziomu prawidłowego, albo nagle po 1—2 uprzednich szerokich wahaniach (36,5°—40°), albo stopniowo. Bywają niekiedy z początku wymioty lub omdlenia. Na 3—4. dzień występuje na całem ciele, nawet na twarzy i głowie, obfita różyczkowo-petociowa wysypka, obfitsza, aniżeli w durze wysypkowym. Wykwity o barwie sinej, niekiedy grudkowate, wielkości ziarnka prosa. W niektórych miejscach, szczególniej na stronie zginaczy na kończynach, dość duże wybroczyny, dochodzące do wielkości ziarnka grochu. Petocie przeważnie sadowią się na goleniach, rzadziej na stopach, rzadko na rękach, a bardzo rzadko na tułowiu i brzuchu; w pojedynczych przypadkach na bokach w dolnej części klatki piersiowej. Czausow widział podbiegnięcia krwawe od wielkości srebrnego rubla do wielkości dłoni, a nawet jeszcze większe.

Na 1—3 dni przed spadkiem gorączki ginie wysypka, pozostawiając po sobie gdzieniegdzie barwne plamy, które się w następstwie łuszczą, a wreszcie bledną po zupełnym spadku ciepłoty. Niekiedy następuje nawrót wysypki. Tętno w jednych przypadkach bywa względnie zwolnione (Botkin, Barykin, o 10 uderzeń mniej na 1° podniesienia ciepłoty), w innych dwubitne, lecz przyspieszone (według Schottmüllera). Śledziona stale powiększona, niekiedy twarda jak deska (Korenczewskij), bolesna przy ucisku, również i wątroba. W bardzo rzadkich przypadkach brak było obrzmienia śledziony. Objawy ze strony przewodu pokarmowego nieznaczne; występują one rzadziej, aniżeli w durze Eberthowskim, również w postaci biegunki, przyczem stolce są podobne do grochówki. Na początku choroby występuje suchy nieżyt oskrzeli, przechodzący następnie w wilgotny; niekiedy zdarza się nieżytowe zapalenie płuc. Bardzo rzadko bywają krwotoki nosowe. Z innych objawów spostrzegano: schnienie warg, obłożenie języka i nieznaczne odurzenie. Rzadko widywano typowy stan durowy (status typhosus) z uporczywymi bólami głowy, apatyą lub bredzeniem, albo też objawy oponowe. Czausow w 10% swoich przypadków spostrzegał bardzo obfitą potówkę na całem ciele z wyjątkiem głowy. Większość tych chorych miewała dreszcze i obficie się pociła, jakkolwiek bywały potówki i bez tego. Skąpe moczenie, białkomocz gorączkowy, odczyn dwuazowy uzupełniają obraz kliniczny. Krew morfologicznie zachowuje się jak w durze brzusznym.

Podczas gorączki znajdowano w niej stale prątki Zimnickiego, wyhodowano je też z plam różycowych.

O aglutynacyi mówiłem wyżej.

Z powikłań spotykał Czausow: gnilec, zakrzepy żylne, zapalenie płuc i opłucnej, ogólne obrzęki i także postać krtaniową, zw. »laryngotyphus«. Wyzdrowienie idzie gładko i szybko Śmiertelność nieznaczna.

Nader ciekawe spostrzeżenia poczynił Czausow. Twierdzi on, że dur mandżurski jest typowym durem brzusznym i co do przebiegu i co do krzywej ciepłoty. Różni się zaś od niego jedynie: 1) częstością nawrotów, 2) objawami gnilcowymi i 3) obrzękami.

Ad 1). Nawroty zdarzają się w 15 do 20% przypadków, gdy w durze brzusznym w 3 do 10% zarówno w lekkich, jak i ciężkich postaciach. Nawroty przypadają na drugi tydzień stanu bezgorączkowego, rzadziej na 14. dzień. Już zaś po 15 dniach stanu bezgorączkowego zdarzają się bardzo rzadko. Przebiegają one łagodnie, dają 5—10%

śmiertelności, gdy tymczasem w durze wynosi ona od 0% (Sorel) do 28% (Ziemssen). Bywają niekiedy (w 16 do 17% nawrotów) nawroty dwukrotne, w 6% trzykrotne w $1^1/_2$% czterokrotne.

Przyczyną nawrotów według Czausowa mogą być: osobliwa jadowitość zarazka, szybki powrót do zwykłej dyety, do czego zmuszają objawy gnilcowe; wreszcie usposobienie do nich wskutek osłabienia przez uprzednie warunki życiowe, męczące życie obozowe i przygnębienie moralne wskutek poniesionych klęsk wojennych. W nawrotach (1 przypadek badany pośmiertnie przez Kolli) nie spotkano typowych dla duru zmian anatomo-patologicznych, a tylko zwykły nieżyt jelit.

Ad 2). Drugą osobliwość stanowią objawy gnilca w postaci wylewów krwawych w skórze, tkance podskórnej oraz mięśniach, a także w postaci pewnych zmian na dziąsłach. Dziąsła były bardzo blade, niekiedy brudnosinawej barwy, krwawiły; bardzo rzadko widywano owrzodzenia i zauważano cuchnienie z ust.

Pojawianie się gnilca wśród chorych szpitalnych zależało od ciężkiego przebiegu duru, częstych nawrotów, wyniszczających chorych już uprzednio osłabionych wskutek uciążliwych warunków życia obozowego, jednostajnego żywienia i braku jarzyn.

Ad 3). Trzecią osobliwością (oprócz rzadkich krwotoków jelitowych) były oryginalne obrzęki.

Krwotoki były rzadkie wbrew oczekiwaniu, pomimo powikłań przez gnilec. Stanowiły one 0,5% przypadków, gdy zwykle wynoszą 2—5—10% przypadków.

Obrzęki występowały na całem ciele. Bardziej były wydatne na tułowiu i górnych kończynach, aniżeli na dolnych. Obok tego były przesięki w otrzewnej, opłucnej i osierdziu. Białkomoczu albo nie było wcale, albo też bywał bardzo nieznaczny; brak było również w moczu wszelkich morfologicznych pierwiastków nerkowych.

Pośmiertne badanie wykazywało znaczne powiększenie serca, rozszerzenie jego jam; mięsień serca żółtawy, miękki i kruchy. W nerkach żadnych zmian. W jednym przypadku wybroczyny w krezce.

Obrzęki zdarzały się bardzo rzadko, bo zaledwie w 6% przypadków, rozpoczynały się od twarzy, poczem pojawiał się przesięk w otrzewnej, w końcu ulegał obrzękowi tułów, górne kończyny, a wreszcie i dolne. Wszyscy ci chorzy przechodzili ciężką postać duru.

Obrzęki zjawiały się w czasie nawrotów lub obostrzeń choroby w postaciach przewlekłych, trwających dwa miesiące. Prawie wszyscy ci chorzy mieli objawy gnilca, wobec czego Czausow twierdzi, iż obrzęki były jednym z objawów gnilca.

Anatomia patologiczna. Badań pośmiertnych było niewiele. Stwierdzono: nieznaczne obrzmienia śluzówki jelit, szczególniej kęp Peyera, nieznaczne powiększenie gruczołów krezkowych, obrzmienie wątroby i śledziony. Owrzodzenia w jelitach zdarzały się bardzo rzadko.

Rozpoznanie opierać się powinno na nagłym początku, wysokiej ciepłocie od pierwszej chwili, obfitej wysypce, obecności prątków Zimnickiego w kale, krwi i plamach różycowych, oraz odczynie surowiczym, wyższym dla homologicznego prątka, aniżeli dla heterologicznego.

Patogeneza. Wobec zmian anatomopatologicznych, bardzo zbliżonych do duru, obecności prątków we krwi i plamkach różycowych, patogeneza jest taka sama, jak w durze Eberthowskim i paratyfusach.

C. Paratyfus C, metatyfus i inne.

Zachorowania durowe mogą wywołać i inne drobnoustroje. Uhlenhuth i Huebener wyhodowali prątki paratyfusowe C. Znaleziono je w kale i moczu zdrowych ludzi i zwierząt.

Guilbert i Henry wyhodowali ze śledziony człowieka, u którego po śmierci stwierdzili typowe zmiany durowe, prątka, ulegającego aglutynacyi tylko pod wpływem surowicy tegoż osobnika, gdy tymczasem taż surowica nie sklejała ani prątków Eberthowskich, ani paratyfusowych.

Arzt i Boese również wyhodowali z ropy oponowej dziecka prątka paratyfusowego, który nie ulegał aglutynacyi pod wpływem surowicy uodpornionej dla prątków zwykłych paratyfusów. Loghem wykrył podobne szczepy u kilku osób, które przeszły dur. Również wykryto prątki, które w hodowlach zachowywały się inaczej, aniżeli Eberthowskie i paratyfusowe, jakoto Birt z ropy, Faroy i Laforgue ze krwi. Bidder i Meyer opisują przypadek, podobny do duru, a wywołany przez »bacillus faecium alcaligenes«, który znaleziono we krwi. Surowica zawierała swoiste aglutyniny.

I prątek okrężnicy w pewnych swych odmianach może wywołać zakażenie z wysoką gorączką, podobną do durowej. Lecz w tych przypadkach nie spostrzegano nigdy różyczki. Natomiast może on wywołać w pewnych warunkach nieżyt przewodu pokarmowego. Podobnemi właściwościami odznacza się szczególniej »b. coli haemolyticus« (Schottmüller, Much, Lorey). Wspomnieć jeszcze należy o chorobie, opisanej przez Schüffnera p. n. »pseudotyphus z Deli«. Zarazek nieznany.

Mandelbaum w 1907 r. stwierdził, iż pewien gatunek prątka durowego zachowuje się w hodowlach oryginalnie. Wytwarza bowiem na agarze kryształy, a w agarze z krwią zmienia barwnik krwi w odmienny od durowych sposób. Poza tem niema różnic hodowlanych i serologicznych pomiędzy tym szczepem, a szczepem durowym. Mandelbaum nazwał tego prątka »b. metatyphi«, a chorobę przez niego wywołaną, metatyfusem. Do tej pory spostrzeżenie to nie znalazło potwierdzenia.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Liepmann. **Rzucawka porodowa a nadwrażliwość.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 2). Liepmann poddaje krytyce poglądy badaczy, uważających rzucawkę porodową za wyraz anafilaksyi, t. j. nadwrażliwości ustroju na białko obce, wprowadzone na drodze parenteralnej. Głównym objawem nadwrażliwości jest gorączka, nigdy się nie widuje białkomoczu, co najwyżej $^1/_4$‰ (Pirquet-Schick). Nadwrażliwość występuje u osób nadczułych, łatwo pobudliwych, a każdy nowy dowóz białka przyspiesza odczyn. Tymczasem, niezależnie już od zagadnienia zasadniczego, czy białko, po-

chodzące z łożyska, jest obcem wobec ustroju matki, należy podkreślić, że na rzucawkę zapadają ciężarne silne, zdrowe i dobrze odżywione. Na plan pierwszy występuje tu obfita ilość białka w moczu, gorączka gra rolę podrzędną, i co więcej, rzucawka zazwyczaj się nie powtarza. Dlatego L. uważa ją jedynie za wyraz zatrucia, którego źródłem jest łożysko, a w konsekwencyi podaje szybkie rozwiązanie rodzącej, jako najwłaściwszy sposób leczenia rzucawki. A. Markowa.

Stolper. **O wpływie żeńskiego gruczołu płciowego na przemianę cukru.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 3). Na zasadzie badań nad przemianą materyi w kierunku przyswajania cukru u osób, u których zwykła czynność jajników uległa zmianie, twierdzi autor, że badanie moczu co do cukru jest w tych przypadkach łatwym i dobrym środkiem oryentacyi. Obniżenie granicy przyswajania cukru świadczy o zmniejszonej, zmienionej lub nieprawidłowej czynności jajnika, jest więc objawem ciąży od drugiego miesiąca, wymiotów niepowściągłych (związek ze zmianami w ciałku żółtem?), nowotworów jajnika, a mianowicie torbielaka w odróżnieniu od włókniaka macicy, i okresu przekwitania. A. Markowa.

Hauch i Meyer. **O działaniu pituitryny, w szczególności przy łożysku przodującem.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 4). Autorowie podzielają na zasadzie swoich wyników ogólny dodatni pogląd na działanie pituitryny na bóle porodowe, w szczególności w okresie drugim. Przy poronieniach i porodach przedwczesnych pituitryna nie działa. Natomiast polecają wstrzykiwanie pituitryny, skombinowane z przebiciem pęcherza przy łożysku przodującem. A. Markowa.

Rübsamen. **Badania kliniczno-doświadczalne nad działaniem środków, wywołujących bóle porodowe, w okresie trzecim.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 12). Zdaniem autora, najlepszym środkiem pobudzającym mięsień maciczny do skurczów w okresie poporodowym, są przetwory z przysadki mózgowej. Zwalczają one szybko i pewnie krwotoki poporodowe, pochodzące z niedowładu macicy, szczególniej wtedy, gdy przetwory takie wprowadzamy śródżylnie. Wstrzyknięty zaś zapobiegawczo w chwili wydalania płodu na zewnątrz, sprawia przetwór przysadki, że czas trwania okresu III skraca się, skutkiem czego utrata krwi, wynosząca średnio 300 cm^3, zmniejsza się do 80 cm^3, co w pewnych przypadkach może mieć wielkie znaczenie. Przetwory sporyszowe są mniej pewne, a działają znacznie wolniej. A. Markowa.

Seligman. **O leczeniu nawrotu mięsaka.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 12). W przypadku, w którym po usunięciu mięsaka, wychodzącego z jajnika, nastąpił nawrót nowotworu nawet z zajęciem kręgosłupa, stosował autor leczenie skombinowane, polegające na wstrzykiwaniu arsacetyny i naświetlaniu promieniami Röntgena. Na zasadzie bardzo dobrego wyniku leczenia poleca autor to postępowanie dla innych analogicznych przypadków. A. Markowa.

Seitz. **Rozpoznanie ciąży na drodze biologicznej.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 1). Na zasadzie badań, obejmujących 60 ciężarnych (4—10 m. k. s. ciąży), 48 nieciężarnych i kilkanaście przypadków nowotworów, stwierdza S., że metoda Abderhaldena nie daje swoistego odczynu i dlatego nie może stanowić punktu oparcia dla rozpoznania. A. Markowa.

Schlimpert i Hendry. **Doświadczenia nad próbą Abderhaldena.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 13). Autorowie badali 316 przypadków zapomocą metody Abderhaldena. Wynik badań dowodzi, że próba A. może być uważana za odczyn swoisty, dla ścisłości badań konieczne są jednak równoczesne liczne doświadczenia kontrolne u osób nieciężarnych, ponieważ przy błędach w technice, można i u takich osób otrzymać wynik dodatni. Technika musi być niezmiernie ścisła, krew z łożyska dokładnie usunięta. Ponieważ to usunięcie krwi zależy od składu chemicznego wody, jakiej do przemywania łożyska używamy, przeto S. i H. zwracają uwagę na znaczenie odpowiedniej koncentracyi rozczynu soli kuchennej. A. Markowa.

Freud i Brahm. **Rozpoznawanie ciąży zapomocą metody optycznej i dyalizy.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 13). Metodę serologiczno-optyczną rozpoznawania ciąży wprowadzili Abderhalden, Freund i Pincussohn. Pierwsza serya ich badań przemawiałaby za tem, że odczyn, wybitnie występujący w pierwszej połowie ciąży, słabnie pod jej koniec. Pogląd ten uległ zmianie w miarę doskonalenia się technicznej strony badań i obecnie zdaniem Abderhaldena odczyn występuje przez cały czas trwania ciąży i jest swoisty dla niej

Opanowawszy udoskonalenia techniczne, badali F. i B. w celu sprawdzenia tego poglądu przypadki ciąży prawidłowej i nieprawidłowej ze wszystkich okresów, ciąży zewnątrzmacicznej, nowotworów przydatków, dalej osoby nieciężarne, razem przypadków 135, badań 141. Metodą optyczną posługiwali się 134 razy, dyalizacyjną 99. Okres obserwacyi trwał od doby do dwu. Skręcanie poniżej 0,05° oznaczali F. i B. jako wynik ujemny, dodatni nie przewyższał 0,1°. Rozszczepianie białka istotnie stwierdzili we wszystkich miesiącach ciąży, jakkolwiek słabiej pod jej koniec. Obraz kliniczny zgadzał się z wynikiem metody optycznej w 72,1%, dyalizacyjnej, w 66,7%. Przypadki, w których rozpoznanie zawiodło przy metodzie optycznej, tłomaczą autorowie zmiennem zachowaniem się peptonu łożyskowego wobec rozmaitych surowic, dlatego w takich razach należy użyć 2, a nawet 3 peptonów. Surowica powinna być świeża, nie mętna i nie hemolityczna.

Metoda dyalizacyjna pozwala w wielu przypadkach na rozpoznanie ciąży na drodze serologicznej. Przypadki ciąży pewnej, dające ujemny wynik odczynu, można wytłomaczyć błędami techniki ze względu na niedoskonałość błon dyalizacyjnych, przy metodzie zaś optycznej zmiennym składem krwi zależnie od miejsca i czasu. Na tej zasadzie ustanawiają autorowie warunki, których przestrzeganie jest konieczne dla dokładnego wykonania próby Abderhaldena. W obecnym stanie rzeczy nie osiągnięto jeszcze zdaniem autorów, głównego celu próby Abderhaldena, jakim jest rozpoznanie ciąży, ma ona jednak olbrzymie naukowe znaczenie. A. Markowa.

Goldstein. **Przypadek akromegalii po wytrzebieniu u dorosłej kobiety.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 14). Autor opisuje przypadek, stanowiący jak dotąd »unicum«. W kilka lat po wytrzebieniu, dokonanem u 39-letniej kobiety z powodu włókniaków, rozwinęła się akromegalia. Dokładne wywiady stwierdziły, że operowana odznaczała się zawsze znacznymi rozmiarami kośćca. Przyjąć zatem należy, że istniało już poprzednio podłoże dla wzrostu olbrzymiego, a usunięcie jajników było czynnikiem wyzwalającym. Autor przypuszcza wzmożoną czynność przysadki mózgowej; objawów przerostu jej nie stwierdził. A. Markowa.

Dermatologia i syfilidologia.

Almkwist I. **O znaczeniu salwarsanu i neosalwarsanu w leczeniu kiły.** (Derm. Woch. 1913. T. 56. Z. 2). Na podstawie spostrzeżeń szeregu przypadków kiły stwierdza autor, że leczenie mieszane salwarsanem i rtęcią dawało znacznie lepsze wyniki co do nawrotów i zmiany odczynu Wassermanna na ujemny, niż leczenie samym tylko salwarsanem. A zaznaczyć należy, że A. stosował salwarsan w licznych wstrzykiwaniach do żył, bo w przeciągu trzech miesięcy dostawali chorzy do 8 wstrzykiwań w dawkach 0,4—0,6 gr. Neosalwarsan uważa autor za przetwór działający w podobny sposób, jak salwarsan. F. Krzyształowicz.

Ehrlichówna M. **Badania bakteryologiczne różnych zapaleń skóry.** (Derm. Woch. 1913. T. 56 Nr 34). Badania większej ilości przypadków doprowadziły autorkę do następujących wyników: Pęcherze powstałe po naświe-

tleniu światłem Finsena i lampy kwarcowej były zawsze jałowe; w strupach znajdowano często paciorkowce i gronkowce. Czystych zakażeń paciorkowcami nie stwierdzono, a tylko czysto gronkowcowe. Nie spostrzegano różnic klinicznych między przypadkami jałowymi a zakażonymi. W podobny sposób zachowywały się zmiany po użyciu zamrażania kwasem węglowym. Silne odczyny, nawet ropne po szczepieniu tuberkuliną sposobem Pirqueta lub Moro, były wyraźnie jałowe. Inne zapalenia skóry po użyciu środków leczniczych (dermatitis medicamentosa) okazywały w części jałowość, w innych przypadkach były zakażone. Obok liszajca (impetigo) na tle paciorkowców spotykała E. i przypadki atypowe na tle zakażenia gronkowcami; do tych należał liszajec obrączkowy. W niesztowicach (ecthyma) wykazywała E. zawsze paciorkowce, często równocześnie gronkowce, W wyprysku nie stwierdziła nigdy samych paciorkowców, często jednak paciorkowce obok gronkowców. We wrzodach goleni znajdowała autorka zawsze gronkowce, a bardzo często paciorkowce; w wielu przypadkach wyhodowała obok tego prątka ropy błękitnej (bac. pyocyaneus), którego znaczenie w tej sprawie chorobowej nie jest dokładniej znane. F. Krzyształowicz.

Rupp E. **Przyczynek kliniczny i statystyczny do etyologii gruźlicy skóry, w szczególności tocznia.** (Derm. Woch. 1913 T. 56. Nr 5). Na podstawie danych statystycznych i spostrzeżeń klinicznych dochodzi autor do wniosku, że u osób dorosłych toczeń powstaje przez zakażenie szczepem ludzkim (typus humanus) gruźlicy, a że szczepowi bydlęcemu należy przypisywać znacznie niższą rolę w wywoływaniu gruźlicy skóry, niż dotąd sądzono. Szczegółowe wywiady kliniczne wykazywały, że zakażano się głównie od osobników dotkniętych gruźlicą płuc lub przy obecności gruźlicy płuc przed wystąpieniem tocznia. Zużytkowywanie statystyki wedle zawodów (Engelberth) wiedzie do mylnych wniosków, bo chociaż toczeń częstszy jest u wieśniaków, niż po miastach, ale rozszerzenie gruźlicy bydlęcej nie idzie w parze z częstością gruźlicy skóry. Wnioski autora są zupełnie zgodne z badaniami bakteryologicznemi, przeprowadzonemi na podobnym materyale. F. Krzyształowicz.

Almkwist J. **O kile z ukrytym wrzodem pierwotnym.** (Derm. Woch. 1913 T. 56. Nr 7). Ogłoszone przypadki kiły bez znalezionego wrzodu pierwotnego (syphilis d'emblée) nie przekonują autora o rzeczywistym braku nacieku pierwotnego. Przytaczając spostrzegany przez siebie przypadek, stwierdza A., że naciek taki może się znajdować w rowku łódkowatym cewki, gdzie nie daje się wymacać, dlatego w podobnych przypadkach należy zawsze badać wydzielinę cewki w kierunku krętków kiłowych. W podobnych przypadkach u kobiet należy badać w tym kierunku wnętrze części pochwowej macicy, gdzie również naciek pierwotny może być ukryty. F. Krzyształowicz.

Batawia L. **Zaburzenia słuchu i równowagi po salwarsanie.** (Gazeta lek. 1913 Z. 7. 8.). U osobnika z kiłą świeżą, leczonego najpierw 12 wstrzykiwaniami salicylanu rtęciowego, później salwarsanem, wystąpiło w 12 tygodni po tem ostatniem wlewaniu (0,4 gr.) zaburzenie równowagi i głuchota prawostronna. Szczegółowe badanie ucha wykazało schorzenie błędnika lub odpowiednich ośrodków nerwowych i zniesienie czynności prawego narządu przedsionkowego. Brak odczynu galwanicznego prawej strony przemawiał za schorzeniem nerwu. Wogóle zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zaburzenia słuchu i równowagi, jakie widujemy obecnie w różnych okresach kiły po wstrzykiwaniach salwarsanu, mają swe źródło w zmianach chorobowych odpowiednich nerwów, chociaż i zajęcie samego błędnika, niezależnie od tych zmian, nie jest wyłączone. Autor nie chce rozstrzygać, czy te zaburzenia w narządzie słuchowym należą do neurorecydyw, czy do obrazu zatrucia arszenikiem. Za pierwszem przypuszczeniem przemawia jednak częstsze pojawianie się tych objawów w ostatnich czasach i pojawianie się tych zaburzeń w 6–10 tygodni po wstrzykiwaniu salwarsanu. Autor sądzi jednak, że salwarsan nie działa w tym razie szczególnie szkodliwie na narząd słuchowy, lecz działanie jego zmienia w ten sposób przebieg kiły, że zaburzenia w zakresie nerwów czaszkowych występują częściej, niż po rtęci. F. Krzyształowicz.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe narzędzia. 1) Przyrząd, zapisujący stale ciepłotę ciała i tkanek, wyrabia firma Siemens i Halske. 2) Kolorymetr tani a dokładny podał Stein (Med. Klinik, 1913, II). 3) Prześwietlanie dna oka od strony jamy gardłowonosowej przedstawiał w Berlińskiem Tow. im. Hufelanda Hertzell. Potrzeba do tego silnej lampki (najmniej 100 świec) i oziębiania przyrządu wodą. 4) Przyrząd do badania oczu u dzieci szkolnych podał Gastpar (Münch. med. Wochschr. 1913, Nr 12). 5) Imadło do szycia, otwierane i zamykane z pomocą dwóch palców, obmyślił prof. Jolly (Med. Klinik Nr 13). 6) Przyrząd do przemywania jamy nosowogardłowej na kształt cewnika, z boku połączony ze strzykawką, podał Bauer. (Med. Klinik Nr 13). 7) Przyrządy do zatrzymywania kału przy odbycie sztucznym i przy wypadaniu kiszki stolcowej, podał Decker (Münch. med. Woch. 1913, Nr 13). 8) Zgniatacz do wycinania żeber, dający całkiem gładką powierzchnię przekroju, podał Wilms. (Zbl. f. Chir. 1913, Nr 11). 9) Przyrząd do leczenia skrzywień kręgosłupa, ćwiczący łatwo mięśnie grzbietu bez zbytniego forsowania, podał Becker. (Med. Klin. Nr 4, 1913). 10) Zatrzymywacz moczu przy przetokach pęcherza, podał Wossidlo. (Med. Klin. Nr 4, 1913). 11) Ulepszony kulociąg Sanitera. Ramiona schodzą się ze sobą w szparze, przez co nie mogą się rozsunąć n. p. przy chwytaniu tkanek. (Med. Kl. Nr 4, 1913) 12) Przyrząd pomocniczy do szwu naczyń krwionośnych, w zasadzie przypominający stojak fotograficzny, opisał Jeger. (Berl. klin. Woch. Nr 50). K.

Śródotrzewne stosowanie oliwy zalecano jako środek, mający zapobiegać zakażeniu otrzewnej, względnie leczyć je. Momburg przestrzega przed tem postępowaniem, bo oliwa podrażnia otrzewnę, co u osób słabych może wywołać groźne następstwa. Nierzadko też spostrzega się potem powikłania płucne, polegające nieraz na zatorach tłuszczowych. Natomiast bardzo polecenia godne jest, zdaniem Momburga, stosowanie gorącego powietrza (odpowiednie skrzynie) już w 3 godziny po operacyi (80 do 90° pół godziny), a potem 3 razy dnia przez kilka pierwszych dni. Gorąco pobudza zarazem energicznie ruch robaczkowy. (Deutsche med. Woch. 1913, 12). K.

Przeciwko odkażaniu skóry jodyną wystąpił gwałtownie Rovsing w odczycie swym, jako gość, w Chicago. Twierdzi on, że odkażanie jodyną jest bardzo niepewne i spostrzegał już po niem ciężkie zakażenia. K.

Okolicę ran poleca Auerbach smarować płynną parafiną, co chroni od tworzenia się okolicznych wyprysków i ułatwia odejmowanie opatrunku. (Med. Klinik 1912, Nr 48). K.

Znieczulenie lędźwiowe tropakokainą zastosował Goldberg w 300 przypadkach, uzyskując zupełny skutek w 88% (w ostatniej setce w 99%): działanie uboczne spostrzegał w 9%, najczęściej w postaci bólów głowy, częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Przeważnie używał G. roztworu wodnego, rzadziej w fizyologicznym roztworze soli kuchennej; dawka wynosiła 0,03 do najwyżej 0,1 tropakokainy. Wstrzykiwania wykonywał G. zawsze między III

a IV wyrostkiem ościstym, wkłuwając igłę dokładnie 1/2 cm pod wyrostkiem i prowadząc ją poziomo; chory siedzi przytem zgięty, opierając łokcie na kolanach. Znieczulenie sięgało tem wyżej, im więcej wypuszczono płynu mózgowo-rdzeniowego; 5—10 cm^3 tego płynu, zmieszanego z rozczynem tropakokainy, wstrzykuje G. z powrotem. Po wstrzyknięciu powinien chory siedzieć jeszcze 3 do 5 minut. (Przegląd chir. i ginek. V. 2). Mk.

Dla łagodzenia bolów stosuje Ricard maść następującą: »Rp. Camphorae, extract. bellad., chloroform aa 4,0, ol. hyoscyam. 200,0«. (Rif. med. 1912, Nr 35). K.

Przy poczynającej się zgorzeli radzi Borchardt stosować tygodniami codziennie kąpiele t. zw. przemienne, t. j. chory wkłada 50 razy naprzemian kończynę raz do wody ciepłej (35—55°), to znowu do zimnej. (Ztrbl. f. Chir. 1913, Nr 9). K.

W razie zupełnego braku skłonności do zgojenia się złamania poleca Bartolotti, za radą Onoratosa, wstrzykiwać pomiędzy odłamki kostne 1% kwas osmowy. (Policl. XI.). K.

O zupełnem zniknięciu raka sutka z przerzutami po wstrzykiwaniach (poleconego przez francuskiego lekarza Gaube du Gersa) koloidalnego połączenia ołowiu t. zw. »cuprose« donosi Comite. (Gaz. degl. osped. 1912, Nr 134).

Na ziarniny gruźlicze i rany źle gojące się zaleca Mandl z Budapesztu swój środek, nazwany »Ulsanin« (hydrojodobrat), który w zetknięciu z wilgotną tkanką wywiązuje energicznie jod i tlen »in statu nascendi«. (Deutsche med. Woch. 1912, 51). K.

Stosowanie sulfoformu (triphenylstibinsulfid) zachwala Sternthal zamiast dotąd używanych przetworów siarki w postaci ciast i maści i w związku z tumenolem, pitylenem, dziegciem w różnych sprawach chorobowych (alopecia, sycosis, eczema, scabies, pityriasis rosea, impetigo). (Derm. Woch. 1913. T. 56. Z 6). Joseph, który pierwszy użył tego przetworu, zaleca go przed innymi, gdyż w tym razie wydziela się siarka »in statu nascendi«. Autor ten stosuje go przedewszystkiem przy przedwczesnem łysieniu na tle łojotoku w postaci miękkiej maści (Sulfoform 2,5, ol. oliv. 3,0, vasel. flav. ad 35,0). (Derm. Woch. 1913, Nr 9). F. K.

W leczeniu kiły otrzymywał Hügel dobre wyniki przetworem atoksylowo-rtęciowym (32% rtęci, 23,2% arszeniku), w postaci wstrzykiwań miąższowych zawiesiny oleju (Hg. atoxyl 1,0, ol. amygdal. dulc 9,0), w dawce 0,1 gr. przetworu co 3—4 dni. (Derm. Woch. 1913. T. 56. Z. 10). F. K.

Jod podskórnie można stosować bez obawy wywołania zatrucia w postaci jodypiny. Hoefler poleca używać do tego 10-gramowej strzykawki z 10 cm. długą igłą, wstrzykiwać w okolicy pośladkowej, skórę przed wstrzyknięciem zajodynować. Jodypina jest aseptyczna; do wstrzykiwań nie potrzeba jej ogrzewać. Po wstrzyknięciu miesi się skórę w miejscu wstrzyknięcia krótko zwitkiem waty, a potem przykrywa otworek strzępkiem waty i plastrem. Wstrzykiwania powtarza H. co dwa dni, zużywając na całe leczenie najwyżej 200 gramów jodypiny. (Dermatol Zentralbl. 1913, 6). Mk.

Odczyn Wassermanna w odmianie Dungerna wykonywał Drügg i doszedł do wniosku, że odmiana ta daje wyniki pewne, byleby ściśle się trzymać podanych przepisów jej wykonywania. (Deuts. med. Wochenschr. 1913, 7). Mk.

W zapaleniu sterczu (prostatitis) stosował Fischel lawatywy jodypinowe (zwolna wprowadzane 10 cm^3 z rozczynu 1 cz 25% jodypiny w 2 cz. oliwy; lawatywę taką, zawierającą około 0·75 jodu, chory zatrzymuje bez trudności w odbytnicy). Lawatywy stosuje się codziennie; już po tygodniu zauważał F. słabnięcie, a po 2—3 ustępowanie zapalenia. (Münch. med. Wochenschr. 1913, 12). Mk.

Tatuowanie stara się usuwać względnie zmniejszyć Peller w następujący sposób: Wstrzykuje najpierw 3 razy w tatuowane miejsce fibrolizynę, a potem wkłuwa podskórnie przez miejsce tatuowane igły, nawleczone jedwabiem, zmoczonym w 50% $AgNO_3$ i nitki jedwabne zostawia pod skórą dwa dni. Powstaje przytem odczyn zapalny (zwłaszcza, gdy stosuje się jeszcze na to miejsce ciepłe okłady), przy którym znaczna część barwnika odchodzi kanalikami nakłuć na zewnątrz. (Derm. Ztg 19. X). K.

Przy podrażnieniach płciowych (np. bolesnych wzwodach prącia przy wiewiórze) zalecają obecnie bardzo adamon, składający się z bromu i borneolu, w dawce do 3,0 dziennie. (Deutsch. med. Woch. 1912, Nr 49). K.

Przed zapisywaniem bardzo silnych leków w postaci kropli przestrzega na mocy skrupulatnych badań Beckers. Powszechnie używane kroplomierze, nawet t. zw. patentowane, odmierzają krople bardzo rozmaitej wielkości I tak przypuszcza się, że 20 kropli odpowiada mniej więcej gramowi. Tymczasem B. przekonał się, że waga odmierzonych kroplomierzem kropli wody bywa bardzo różna, zależy od budowy flaszki, rozmiarów jej, a co najważniejsza, od jej napełnienia. Tak np. flaszeczka 10-gramowa, gdy zawiera 2,5 wody, wymierza na gram 13 kropli, gdy zawiera 7,5 grm 15, a gdy jest pełna 18—20 kropli. Z tego też powodu o ile możności powinniśmy unikać zapisywania środków bardzo silnych w postaci kropli, bo nieraz przekracza się przytem niechcący największą dawkę. (Berl. klin. Woch. 1913, Nr 5). K.

Codeonal jako lek nasenny stosował Lemnitz (Halbmonatschr. f. soz. Hyg. u. prakt. Medizin, 1913, 7) z pomyślnym wynikiem, nawet w 2 przypadkach bolów wiądowych, w których weronal zawodził. Podobnież korzystnie wyraża się o kodeonalu, jako leku nasennym, Mann na zasadzie 97 przypadków, z których tylko w 5 nie było skutku. Mann podawał zrazu po 1 tabletce, co niejednokrotnie wystarczało; pewniej jednak jest podać 2 tabletki, poczem w 3 kwadranse następuje sen 7-godzinny. (Münch. med. Wochenschr. 1913, 9). Kn.

Paracodin, nowy przetwór kodeiny, wypróbował Alb. Fraenkel w sanatoryum dla piersiowo chorych w Badenweiler. Działanie jest szybsze i dłuższe, niż kodeiny; parakodyna wywołuje jednak lekką senność. Przyzwyczajania się do tego leku Fr. nie zauważył. Dawka: 3 razy dziennie po 0,025; niekiedy wystarcza już mniejsza. Zdaniem Fr. można podać bez obawy aż do 0,05 na dawkę. (Münch. med. Woch. 1913, 10). Kn.

Neuronal podawał Seige w klinice psychiatrycznej Binswangera w Jenie 65 chorym i doszedł do następujących wniosków: 1) Neuronal jest dobrym i nieszkodliwym środkiem nasennym i kojącym, nie ustępującym innym lekom tego rodzaju. W lekkich przypadkach dawka 0,5 do 1,0, w cięższych 2 do 3 grm. 2) Na uwagę zasługuje swoiste niejako działanie neuronalu w groźnych stanach zamroczenia padaczkowego (w połączeniu z wodanem amylenu) oraz wybitne jego działanie »in dosi refracta« w przewlekłych podnieceniach. 3) W połączeniu z antyfebryną działa neuronal często jak lek przeciwbólowy. (Deutsche mediz. Wochenschr. 1912. 39). Kale.

Lecytynę podskórnie stosował Nerking w zawiesinie wodnej, lub w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej. Używa się do tego tylko czystej lecytyny, natomiast bezskuteczne a nawet szkodliwe są lecytynalbuminy. Wstrzykiwania takie skracają według Nerkinga narkozę i zapobiegają jej działaniu następczemu, łagodzą padaczkę, prócz tego wskazane są w neurastenii, białaczce, niedokrwistości, a zasługują na wypróbowanie w stwardnieniu tętnic i dnie. Wstrzykuje się (oczywiście z zachowaniem aseptyki) 2—5 cm^3 jałowej 10% zawiesiny. (Zentralbl. f. d. ges. Therapie 1912, 2). Mk.

Antytyreoidynę stosował w chorobie Basedowa prof. Rubino z wynikiem bardzo pomyślnym; w przypadkach

Rubino znikał lub zmniejszał się wól i wysadzenie oczu, czynność serca stawała się regularną, drżenie ustawało, a stan psychiczny i ogólny wyraźnie się poprawiał. Równie skutecznie działała antytyreoidyna w przypadkach nawrotów. R. podaje przez dni 20 stopniowo wzrastające dawki od 10 do 100 kropli dziennie, poczem taksamo stopniowo je obniża, powtarzając to 4—5 razy (Berliner klin. Woch. 1913, 12). Mk.

Tuberkulina Rosenbacha, wprowadzona do lecznictwa przed 2 laty, różni się tem od innych tuberkulin, iż jest produktem współżycia prątków gruźliczych z grzybkiem z rodzaju »trichophyton« i że przy jej przyrządzaniu nie używa się ogrzewania. Tuberkulinę tę wstrzykuje się w dawkach znacznie większych, niż inne tuberkuliny, mianowicie zaczynając zazwyczaj od 0·1 (a tylko u bardzo osłabionych chorych od dawek mniejszych) i postępując stopniowo aż do 1·0. Szybkość zwiększania dawki i częstość wstrzykiwań zależy od stopnia wywołanego odczynu. Jeżeli odczynu niema lub jest tylko słaby odczyn, to wstrzykiwania powtarza się dwa razy w tygodniu. Tuberkulinę tę stosował prof. Kausch w kilku przypadkach gruźlicy chirurgicznej, uzyskując znaczną poprawę, mianowicie ustępowanie nacieków, w których nie doszło do martwicy, a szybsze gojenie się przy sprawach cięższych, gdzie prócz tuberkuliny stosować wypadło wyskrobywania i t. d. (Deuts. med. Woch. 1913. 6). O pomyślnych wynikach donosi także Doc. Hochhalt (Pester med. chir. Presse 1913, 6), który stosował tuberkulinę Rosenbacha w 55 przypadkach, z tego 7 gruźlicy chirurgicznej. Kal.

Choroba Marconiego. U osób pracujących stale przy telegrafie bez drutu spostrzega się typową chorobę, cechującą się silną niedokrwistością (zmniejszeniem się ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny). Odnoszą to cierpienie do wpływu ozonu i zmiennych prądów elektrycznych w ubikacyach telegraficznych. (Med. Klinik Nr 14). K.

Trujące własności płynu z bąblowca badali Dessy i Marotta na psach, wstrzykując ten płyn do żył. Spostrzegano: spadek ciśnienia krwi, duszność, wymioty (czasem krwawe), biegunkę i brak krzepliwości krwi. Poprzednie wstrzyknięcie adrenaliny lub małej ilości płynu bąblowca powstrzymuje często wystąpienie objawów zatrucia. Objawy powyższe przypominają żywo objawy kliniczne, występujące przy pęknięciu torbieli bąblowca lub po jego nakłuciu. (Rev. de la Soc. med. Argent. VII—IX. 1912). K.

Przy ospie prawdziwej zaleca Rockhill smarowanie 3 razy dziennie krost rozczynem: »Rp. Jodi 10,0, glycerin 90,0«. (Journ. Amer. med. As. 58 t. 1912). K.

Przy krztuścu zaleca Leurmann wstrzykiwania śródżylne, u dzieci śródmięśniowe, chininy (u dzieci hydrochininy). (Med. Klin. 1912, Nr 44). K.

Powietrze w pracowniach lekarskich, zwłaszcza tam, gdzie pracuje się dużo z rtęcią (dentyści, dermatolodzy, fizyologowie), zawiera podług Schelenza nieraz bardzo wiele par rtęciowych, które łatwo dostają się do ustroju i wywołać mogą objawy zatrucia, (zmęczenie, brak apetytu, schorzenia w jamie ustnej, objawy jelitowe i t. p.). (Münch. med. Woch. 1913, Nr 9). K.

Mechaniczne odczyszczanie filtrów Berkefelda podała wyrabiająca je fabryka; polega ono na tem, że filter czyszczą ciągle ziarna węgla, wprawione w ruch prądem wody. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. 1912. 73. II). K.

Dla kontroli konserw mięsnych w puszkach blaszanych domaga się słusznie Mayer zaznaczania na puszce daty wyrobu, gdyż konserwy starsze nad rok przybierają zwykle metaliczny smak i mogą być dla zdrowia szkodliwe. (Wien. med. Woch. 1913, Nr 2). K.

Czynność gruczołków tętnic szyjnych Luschki badał Frugoni, wstrzykując z nich wyciąg zwierzętom i przekonał się, że już 5 cm tego wyciągu może zabić królika wśród drgawek i objawów porażenia oddechu i serca. Krew traci przytem krzepliwość, a wogóle działanie tych gruczołków jest przeciwne, jak nadnerczyny. (Policl. Ser. med. XX.). K.

Sprawy Towarzystw naukowych

42. Zjazd chirurgów niemieckich

(Berlin, 26—29 marca 1913)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

Hildebrand (Berlin). **O leczeniu porażenia nerwu twarzowego plastyką mięśni.** H. uzyskał w jednym przypadku dobry wynik przez przełożenie mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, mianowicie części mostkowej, do kąta ust; przedtem wykonano bez skutku 9 różnych zabiegów operacyjnych. — Stein w podobnym przypadku osiągnął kosmetyczną poprawę zapomocą wolnej plastyki powięzi.

Küttner i Lexer. **O przeszczepianiu kości i stawów ze zwłok i małp.** Lexer dodaje, że czyni obecnie próby, by wyniki heteroplastyki polepszyć, przez poprzednie przygotowywanie danego osobnika wstrzykiwaniami odpowiedniej surowicy.

Röpke (Barmen): **Zastosowanie wolnego przeszczepiania tłuszczu w chirurgii stawów.** Na podstawie 13 operowanych przypadków zachęca R. do wolnego przeszczepiania tkanki tłuszczowej (nawet wielkości dłoni) pomiędzy operowane powierzchnie stawowe, celem otrzymania ruchomego stawu, co nawet przy gruźlicy oddaje cenne usługi.

König (Marburg): **Kliniczne i doświadczalne spostrzeżenia nad wszczepianiem kości słoniowej.** Jeżeli rana goi się jałowo, to wszczepiona kość słoniowa spaja się ściśle z kością i z czasem zostaje przez nią zastąpiona. Wszczepiony kawałek kości słoniowej musi być ściśle dopasowany i pokryty przy operacyi starannie częściami miękkiemi.

Eden (Jena): **Tendolysis i neurolysis przy pomocy plastyki tłuszczowej.** W klinice Lexera z pomyślnym skutkiem osłonięto uwolnione z blizn nerwy tkanką tłuszczową.

Schmieden (Berlin): **Zastępowanie ubytków żuchwy.** W dwóch przypadkach udało się znakomicie wszczepić w ubytek żuchwy kawałek kości. Operować należy bez naruszenia ścian jamy ustnej, kawałek wszczepianej kości dobrze dopasować i przez czas gojenia się utrzymywać go w odpowiedniem położeniu zapomocą protezy.

Hayward (z kliniki Biera) donosi o 4 przypadkach **uzupełnienia sutka tkanką tłuszczową.**

Ach (Monachium): **Przeszczepianie powięzi dla umocowania odbytnicy i nerki.** A. umocowuje nerkę, jak również wypadniętą odbytnicę i pochwę do sąsiednich kości lub powięzi z pomocą pasów powięzi, wziętych z uda.

Eiselsberg (Wiedeń): **Chirurgia mózgu.** Po przedstawieniu statystyki operowanych przez siebie przypadków (69 rozpoznanych jako guz mózgu), podaje E. różne uwagi praktyczne. Jako przygotowanie do operacyi stosuje E. podawanie mleczanu wapnia dla wpływania na krzepnięcie krwi i urotropinę jako środek odkażający. Plastykę opony twardej robi E. często z powięzi szerokiej. Operować trzeba ostrożnie, ew. kilkuczasowo, opatrunki zmieniać nie zbyt rzadko. Krwotok tamować należy zawsze bardzo skrupulatnie.

Ranzi (Wiedeń): **Chirurgia rdzenia.** Statystyka przypadków operowanych w klinice Eiselsberga. Główne wskazania: nowotwory kręgów (złe rokowanie), opon, rdzenia, złamania kręgów, stany kurczowe, atetoza, operacya Foerstera przy wiądzie i t. p. Poprawa następuje po operacyach zwykle bardzo wolno. Worek oponowy otwierać należy ostrożnie i najpierw zrobić mały otwór, by zapobiedz nagłemu spadkowi ciśnienia; do tego celu służy też położenie z miednicą uniesioną do góry. Operacye rdzenia dają lepsze wyniki, niż operacye mózgu. (C. d. n.).

Higiena, epidemiologia, statystyka.

Ospa w Łodzi w r. 1912.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w d. 5 marca r. 1913).

napisał

Dr Stanisław Skalski.

(Dokończenie).

Szczepienia ospy dziatwie szkolnej w murach szkół niepodobna ująć w cyfry dla braku danych, wiadomo tylko, że odezwy naszego Towarzystwa, do kierowników i kierowniczek szkół rozesłane, nie pozostały bez wpływu, tu i owdzie bowiem zarządzono gromadne szczepienia, a od nowowstępujących żądano już nie świadectw szczepienia wogóle, lecz świadectw rewakcynacyi.

Przepisu Komisyi gubernialnej do spraw fabrycznych co do obowiązkowego szczepienia ospy ochronnej każdemu przyjętemu robotnikowi, względnie każdej robotnicy, przyjętej do pracy w fabryce, nie przestrzegano tak ściśle, jakby tego wymagało zarówno owo prawo, jak dobrze zrozumiany interes społeczny. Wyjątkowo tylko szczepiono ponownie w roku ubiegłym w niektórych fabrykach wszystkich robotników w czambuł, otrzymując przeszło 50% wyników dodatnich, i to w fabryce, gdzie od lat kilkunastu szczepią ospę wszystkim przyjętym do pracy. Uczyniono to np. na moje przedstawienie w Zakładach fabrycznych Tow. Akc. Manufaktury bawełnianej widzewskiej, dawniej Heinzel i Kunitzer, gdzie zaszczepiono ospę ochronną w roku zeszłym wszystkim pracującym obojga płci w liczbie trzech z górą tysięcy i 1000 przeszło dzieci i członków rodzin robotniczych. Oddziałało to znakomicie na doszczętne wygaszenie ospy wśród samych pracujących i ich rodzin; po ukończeniu szczepień nie mieliśmy już przypadków zachorowań na ospę naturalną, choć zdarzały się one wśród ludności, bezpośrednio sąsiadującej z pracownikami fabryki widzewskiej, lecz zajętej w innych zakładach przemysłowych.

O zaszczepieniu ospy 450 dzieciom, wyjeżdżającym na kolonie letnie żydowskie, już wspomniałem.

Dla ścisłości dodać należy, że w gminie Chojny, która bezpośrednio przylega do Łodzi i na której obszarze mieszka pewna część ludności Łodzi, zaszczepiono ospę ochronną 165 osobom, w gminie zaś Radogoszczu, do której należy ściśle z Łodzią związane przedmieście Bałuty, zaszczepiono ospę 2285 (?) dzieciom.

Pewną ilość, zresztą niewielką, szczepień wykonali też lekarze.

Szczepili wreszcie ospę felczerzy, szczepiły ją akuszerki, ile jednak zostało przez nich i przez nie zaszczepione, pewnie sami i same nie wiedzą, gdyż w większości przypadków nie prowadzą kontroli szczepień, tak przynajmniej poinformował mnie starszy tutejszego cechu felczerskiego w odpowiedzi na listowne zapytanie w tej sprawie.

Ogółem więc w roku 1912 w półmilionowej Łodzi oraz na przedmieściach pod wpływem alarmu prasy, nawoływań duchowieństwa, odezw i nacisku ze strony lekarzy — na wszystkie te czynniki pozostał głuchym magistrat łódzki — dokonano nieco ponad 20 tysięcy szczepień ochronnych (mnie udało się ich naliczyć 20444), z czego pewna część przypada na rewakcynacye, gdy samych dzieci urodzonych w roku 1911 było 31113 w Łodzi bez przedmieść. Jest to coroczna średnia cyfra.

Gdy do niemowląt doliczymy starszą, a nieszczepioną wcale dziatwę, gdy doliczymy dzieci, któreby należało rewakcynować, gdy weźmiemy pod uwagę na zasadzie wyników szczepienia w fabryce w Widzewie, że conajmniej połowa dorosłych mieszkańców Łodzi nie jest uodporniona i że należałoby ją również poddać szczepieniu ochronnemu, to dojdziemy do przekonanie, że spieszne urządzenie kilku stałych miejsc bezpłatnego szczepienia ospy kosztem miasta jest naglącą koniecznością. Stacye takie istnieją we wszystkich większych miastach państwa, istnieją również w Warszawie w liczbie kilkunastu, czy więcej.

Gdyby potrzeba było powoływać się na wzory, to przykład Warszawy i wyniki tam osiągnięte dzięki zabiegom kol. J. Polaka, powinnyby przekonać każdego.

W Warszawie mianowicie lekarz higienista m. Warszawy, Dr Polak, potrafił znaleść posłuch u władz i uzasadnić wobec nich konieczność rozsyłania do rodziców zawiadomień od magistratu o potrzebie i konieczności poddania dzieci szczepieniu ospy ochronnej. W ciągu drugiego półrocza 1912 wezwań takich, opartych na niezniesionem dotąd prawie z dnia 4 września 1811, rozesłano 124385. Z tej liczby nie miało szczepionej ospy 14741 dzieci, do lat zaś 7 miało szczepioną zaledwie 23368. Stwierdzono nadto, jak pisze Kuryer Warszawski z d. 3 II. 1913, skąd dane te czerpię, kilka przypadków zapadnięcia na ospę i śmierci dzieci, których rodzice otrzymali wezwanie do poddania szczepieniu swego potomstwa, ale wezwania nie spełnili. Pod wpływem tych wezwań liczba szczepień ochronnych z 16340 w r. 1911, podniosła się do 19848 w r. 1912.

Stwierdzono też, że ospa w Warszawie pod wpływem szczepień zaczęła słabnąć i że w drugiem półroczu roku ubiegłego spostrzegano bardzo nieznaczną ilość przypadków tej choroby.

Należy dodać, że w Warszawie oprócz kilkunastu miejskich stacyi szczepienia ospy ochronnej istnieje Instytut miejski otrzymywania krowianki pod kierunkiem Dra J. Polaka, oraz kilka takich instytutów prywatnych, wyrabiających materyał szczepienny bez zarzutu. W instytutach odbywa się również szczepienie ospy ochronnej. Szczepią ospę również w Instytucie bar. Lenvala.

Niczem podobnem Łódź poszczycić się nie może.

Szczepienia ochronne wypełnić mogą właściwie tylko część, najbardziej zresztą zasadniczą, zwalczania ospy. Przedstawić usiłowałem, jak niewystarczająco zadanie to wykonane zostało na terenie łódzkim w roku 1912, który zresztą mógłby być wzorem dla lat ubiegłych.

Drugi czynnik walki, odosobnienie (izolacya) chorych, nie działał w całej rozciągłości, nie objął wszystkich przypadków zapadnięcia na tę straszną chorobę, jakkolwiek odosobnienie powinno być rzeczą obowiązkową wobec absolutnej niemożliwości przeprowadzenia izolacyi w mieszkaniu jednoizbowem, skąd, jakeśmy widzieli, rekrutowali się wszyscy bodaj chorzy na ospę w r. 1912 w Łodzi.

Księgi urzędników stanu cywilnego zapisały w Łodzi w r. 1912 wskutek ospy 22 zgony wśród dorosłych oraz 565 zgonów wśród dzieci i młodzieży do lat 14. Ponieważ procent śmiertelności obliczony na podstawie tablicy, łaskawie nam użyczonej przez lekarza naczelnego szpitala dla chorych zakaźnych, Dra Trenknera, wynosi dla dorosłych mężczyzn i kobiet w przecięciu 12·06, a dla dzieci 23·68, to obliczona według tej skali ilość zachorowań w całej Łodzi wyniesie dla dorosłych 178, dla dzieci 1431, ogółem zaś 1609, z czego w Szpitalu dla zakaźnych leczyło się niespełna 11% (10·88), reszta zaś wpływała na dalsze zakażenie Łodzi. Z dołączonej tablicy (ob. stronę następną) widzimy, jaka była w roku ubiegłym śmiertelność ogólna i ospowa w poszczególnych miesiącach.

Dalszy czynnik walki — odkażanie — również nie uczynił zadość potrzebom chwili.

Z ogółu mieszkań, w których byli chorzy na ospę, a mieszkań takich było, jak ustaliły powyższe obliczenia, z górą półtora tysiąca, Izba odkażająca miejska odkaziła zaledwie 109, jak to widzimy z wykazu czynności Izby odkażającej łódzkiej, który mi łaskawie nadesłał kol. Bogusławski, kierownik pracowni miejskiej i Izby odkażającej. Dwadzieścia trzy mieszkania odkaziła nadto po ospie służba zdrowia widzewskiej Manufaktury bawełnianej. W sumie daje to 132 odkażania po ospie w mieszkaniach prywatnych, gdy samych zgonów naliczyliśmy na terytoryum Łodzi 587.

Izby odkażającej o brak energii winić w tym wypadku niepodobna. Spieszy ona zawsze na wezwanie do każdego przypadku, a jak mi mówił kol. Trenkner, czyni to niemal automatycznie w tych przypadkach, gdy chorego zabierają do szpitala dla zakaźnych.

Zmarło w roku 1912						
	Ogółem	Na ospę	Dorosłych		Dzieci	
			ogółem	na ospę	ogółem	na ospę
Styczeń	970	113	395	5	575	108
Luty	847	86	365	1	482	85
Marzec	817	48	358	5	459	43
Kwiecień	782	35	370	2	412	32
Maj	846	43	389	3	457	40
Czerwiec	1039	35	324	0	715	35
Lipiec	1692	39	360	0	1332	39
Sierpień	1923	38	479	0	1444	38
Wrzesień	1183	33	395	1	798	32
Październik	949	42	358	0	591	42
Listopad	777	33	350	1	427	32
Grudzień	828	37	349	1	479	36

Tutaj napotykamy szkopuł najważniejszy: w jaki sposób i dokąd przenosić rodziny chorych na czas odkażenia ich mieszkania, gdy Łódź, będąca istnem ogniskiem wszelkich chorób zakaźnych, nie posiada dotąd mieszkań izolacyjnych, choć o nich mówiono i pisano niemało i choć potrzeba ich wzrasta, a nie maleje. Miasto, o budżecie przeszło $1^1/_2$-milionowym, mające 683.391 rb. różnego rodzaju kapitałów zapasowych, nie może znaleść środków na zbudowanie domu izolacyjnego, niema ich na wynajęcie odpowiedniego budynku i pozostawia sprawę całą własnemu biegowi, licząc widocznie na to, że z czasem Łodzianie przystosują się do ospy i przestaną na nią zapadać. W stosach projektów, pogrzebanych w głębiach szuflad magistrackich, spoczywa pewnie i ów nieszczęsny projekt domów izolacyjnych obok wielu innych, że wymienimy tylko budowę ogólnego szpitala miejskiego, szpitala dla chorych zakaźnych, wodociągów, kanalizacyi i t. p.

Jak widzimy, w ciągu roku ubiegłego nic się u nas na lepsze nie zmieniło. Po staremu stoimy na poziomie jakiegoś zapadłego osiedliska narodu syberyjskiego, gdzie zaraza ospowa zabija całą ludność, widzącą jedyny ratunek w ucieczce na inne miejsce, bo o jakichś środkach walki z »czarną babulą« nikt nie śmie marzyć.

Na zachód od nas jest inaczej. Tam w 60-milionowej Rzeszy niemieckiej w ciągu dziesięciolecia naliczono 380 zgonów ospowych, z czego pokaźna liczba przypada na obcych poddanych, przeważnie przybyszów z zagranicy wschodniej — z Królestwa polskiego lub Cesarstwa rosyjskiego. Wśród 235 osób, jak czytamy w pracy Dr Władysława Huberta, docenta uniwersytetu petersburskiego, skąd dane te czerpiemy, które w r. 1910 zapadły w Niemczech na ospę, było 104 obcokrajowców. Wśród 434 chorych w roku 1908 naliczono 153 obcokrajowców, z nich 133 poddanych rosyjskich. Wśród 27 zmarłych w r. 1908 na ospę było 24 poddanych rosyjskich, 1 Holender, 2 Brazylijczyków. W guberniach natomiast wewnętrznych Cesarstwa rosyjskiego, mających 85,273.651 ludności w r. 1910 zachorowało na ospę 111.163 osoby, w całem zaś państwie 146.016, a umarło 51.874 osoby. W r. 1911 umarło na ospę 32.127, a w ciągu roku 1912 umarło 54.500 osób. Ludność państwa wynosiła wtedy 140.508.000, ta jednak kolosalna ilość zmarłych na ospę nie dotyczy całego państwa, lecz 64.380.000(Dr Hubert).

Jedynem rozwiązaniem sprawy ospowej zarówno w całem państwie rosyjskiem, jak w Królestwie polskiem, byłoby wprowadzenie przymusowego szczepienia ospy oraz rewakcynacyi na wzór Niemiec. U nas, w Królestwie, reforma ta nie napotkałaby żadnych trudności, ludność bowiem w przeważnej swej części rozumie potrzebę i wartość szczepienia, a nie jej wina, że szczepienie jest tak niedostępne.

Projekt odnośnego prawa co do przymusowego szczepienia ospy i rewakcynacyi w Rosyi europejskiej i Królestwie polskiem został wniesiony do Dumy 28 marca 1908 przez 32 posłów. Według projektu koszta szczepienia miały obciążyć skarb państwa. Projekt ten ministeryum spraw wewnętrznych całkowicie przerobiło, z projektu zostało tylko tyle, że szczepienie ma być przymusowe jedynie w miastach uniwersyteckich państwa. Wobec tego, jak mówi znawca tej sprawy, Dr Hubert, należy uczynić krok jakiś ku uprzystępnieniu szczepienia szerokim masom ludności, a tym jest szczepienie po domach. Nie zastąpi ono przymusowego szczepienia, sprawę jednak stawia na gruncie właściwym i, zdaniem lekarzy angielskich i szkockich, daje bardzo dobre wyniki. Gromadne szczepienia po domach stosowano z wynikiem dodatnim w Moskwie, stosowane są one i w Warszawie; warunek konieczny, by robiono je stale, inaczej po paru (3—5) latach cały wysiłek idzie na marne.

Jeszcze na jedną okoliczność chciałem zwrócić uwagę.

W projekcie walki z ospą, wniesionym do Dumy przez głównego Inspektora lekarskiego i dotąd nie rozpatrywanym, podkreślony został fakt, że znaczna bądź co bądź ilość szczepień ochronnych, wykonywanych w całem państwie, nie daje takich dodatnich wyników, jakich należałoby oczekiwać, wskutek tego, że wyniki szczepienia rzadko bywają sprawdzane, a rewakcynowanie odbywa się wogóle bardzo rzadko, wiadomo zaś, że tylko ponawianie szczepień zabezpiecza przed ospą.

U nas w Łodzi rewakcynowanie, a nawet pojęcie o jego potrzebie, jest dla ludności rzeczą nieznaną, a jak konieczną, świadczą wyniki szczepień w fabryce w Widzewie.

Wogóle biorąc, ilość szczepionych w Łodzi, bądź po raz pierwszy, bądź powtórnie, jest tak mała, że na przebieg epidemii ospy niemal żadnego wpływu nie wywiera, gdy tymczasem wszystko zależy od **napięcia szczepienia ospy**, t. j. od ilości dodatnich wyników szczepienia. »Jeśli ten czynnik jest nieznaczny, jeśli liczba osób, którym ospa się przyjęła, wynosi w danej miejscowości mniej niż 60% ogółu ludności, jeśli materyału palnego w postaci skłonnych do zarażenia się ospą nagromadzi się dużo, to wybuch epidemii ospy jest nieuniknionу. I odwrotnie. Z chwilą, gdy napięcie szczepienia w ciągu najkrótszego choćby okresu czasu (3—4 tygodnie) przekroczy chociaż o 3—5% owe 60% ogółu ludności, **to epidemia ospy wygasa, jak za dotknięciem różdżki czarnoksięskiej**«. Na poparcie swego poglądu przytacza autor, Dr Hubert, spostrzeżenia swoje z epidemii ospy w r. 1900 w Petersburgu. Gdy w ciągu miesiąca zaszczepiono tam 200 tysięcy osób po większej części z pośród ludności pracującej, epidemia szybko ustała. W następnym miesiącu zaszczepiono jeszcze 100 tysięcy. Te dodatkowe 300 tysięcy szczepień stłumiły na łat kilka ospę w Petersburgu.

I u nas w Łodzi jedynym sposobem wytrzebienia ospy byłoby dokonanie $^1/_4$ miliona szczepień ochronnych bądź w postaci szczepienia po raz pierwszy, bądź jako rewakcynacye i utrzymanie owej ilości na pewnym stałym poziomie. Inaczej będziemy mieli wciąż do czynienia z ospą o mniejszem lub większem napięciu, lecz stale, co chyba najciemniejszy człowiek za niepożądane uznać musi.

Chciałbym jeszcze dodać parę uwag co do polepszenia istniejącego stanu rzeczy, który wcale nie odpowiada temu, co w sprawie zwalczania ospy powinno być zrobione w $^1/_2$-milio-

nowem mieście, leżącem w kraju, który jeden z pierwszych wprowadził u siebie szczepienie ochronne

Proponowałbym, aby wszystkie uchwały naszego Towarzystwa, w sprawie walki z ospą powzięte w roku zeszłym, utrzymały swą moc i nadal.

Gdyby Towarzystwo zgodziło się na mą propozycyę, to należałoby imieniem naszego Towarzystwa przypomnieć wszystkim kierownikom szkół o potrzebie wymagania od młodzieży obojga płci, wstępującej do szkół wszelkiego typu, świadectw rewakcynacyi, zamiast dawniejszych świadectw szczepienia wogóle; inspektorom fabrycznym należałoby przypomnieć o istnieniu przepisu co do szczepienia ospy nowoprzyjętym do pracy w fabrykach i o szczepieniu zbiorowem wszystkich robotników i robotnic w razie wybuchu epidemii ospy; należałoby dalej nawoływać zapomocą prasy i ambony rodziców, by niemowlętom swym szczepili ospę, a dzieci starsze nad lat siedem poddawali rewakcynacyi; do duchowieństwa i prasy Towarzystwo nasze roześle odpowiednie odezwy, w których prosić będzie o nawoływanie z ambony i w druku do szczepienia ospy sobie i swoim. Najważniejszy wreszcie krok będzie polegać na przekonaniu Zarządu miejskiego łódzkiego o konieczności staranniejszej i dbalszej opieki nad zdrowiem ludzkiem, choćby nawet ta opieka i dbałość miała zmusić kasę miejską do pewnych wydatków, gdyż kasa owa ma pieniądze na wszelkie wydatki, brak jej ich tylko na wydatki ze zdrowiem ludzkiem związane. Powinniśmy przekonać Zarząd miejski o konieczności podjęcia walki z ospą drogą gromadnych szczepień ochronnych, ku czemu należy otworzyć w różnych punktach miasta stacye bezpłatnego szczepienia ospy, by przyspieszył odkładaną z roku na rok budowę szpitala dla chorych zakaźnych, by nareszcie zajął się budową domów izolacyjnych, o których potrzebie każdy higienista, każdy lekarz jest głęboko przekonany. Dowodem zarówno zdanie kierownika laboratoryum miejskiego w Łodzi, kol. Bogusławskiego, w naszem Towarzystwie lekarskiem wypowiedziane, jak kol. Puławskiego w jego obszernej pracy »Walka z chorobami zakaźnemi«, wygłoszonej na Zjeździe lekarzy i higienistów w Lublinie w r. 1908 [1]). Gdy dodamy, a raczej gdy zaczniemy od obowiązku zawiadamiania o każdym przypadku ospy, gdy skończymy na przywróceniu obowiązku regestracyi przyczyn zgonów, będziemy mieli wszystko, co trzeba uczynić.

Program walki z ospą w Łodzi, wzorowany na Warszawie, mógłby, a raczej powinienby być następujący: Przy akcie chrztu, czy innym odpowiednim, rodzice niemowlęcia podpisują deklaracyę, że w ciągu pewnego czasu poddadzą swe niemowlę szczepieniu ochronnemu. W każdym domu, gdzie zdarzy się przypadek ospy — wszyscy mieszkańcy podlegają szczepieniu, chory zaś od sobnieniu, bądź w mieszkaniu, gdy ilość pokojów na to pozwala, bądź w szpitalu; mieszkanie i rzeczy chorego podlegają bezpłatnie przymusowemu odkażaniu, przez czas odkażania rodzina zostaje umieszczona w domu izolacyjnym miejskim, gdzie w ciągu swego tam pobytu otrzymuje pożywienie na koszt miejski.

Dla wykonania mych żądań w sprawie walki z ospą, które, jak sądzę, są również żądaniem tu obecnych kolegów, proponowałbym wybranie komisyi, któraby na zasadzie zebranego materyału przedstawiła władzom gubernialnym nasze postulaty i uzasadniła je wobec tej władzy. Żądania nasze streszczają się w kilku wyrazach: szczepienia ochronne gromadne, zawiadamianie o chorobie, odosobnienie chorych w szpitalu, a rodziny chorego w domach izolacyjnych, odkażenie bezpłatne mieszkania chorego, szczepienie mieszkańców domu, gdzie była ospa, regestracya przyczyn zgonu.

W celu wyzyskania dla dobra szerokich mas wszelkich dróg i środków, proponowałbym również, by Towarzystwo nasze opracowało odpowiedni referat o stanie walki z ospą w Łodzi i przesłało go do Dumy państwowej na ręce którego z posłów-lekarzy.

[1]) Patrz »Zdrowie« zeszyt 10—11 z r. 1908.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Delegacya stała Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich ogłasza, co następuje:

»Na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w r. 1911 w Krakowie zapadła uchwała, że Zjazdy odbywać się mają co cztery lata, zamiast jak dotąd co trzy. Wobec tego termin XII Zjazdu przypada na rok **1915**. Prace organizacyjne Wydziału gospodarczego we Lwowie pod przewodnictwem prof. Dr Jurasza rozpoczną się w jesieni b. r.

Prof. Dr A. Gluziński,
prezes Delegacyi.

Prof. Dr St. Ciechanowski,
wiceprezes.

Dr T. Janiszewski,
sekretarz Delegacyi.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 21. V. b. r. posiedzenie, na którem Doc. Radliński wygłosił wykład: »Krwiomocz przy zapaleniu wyrostka robaczkowego«, a Dr Surzycki wykład: »O oksaluryi«. W dyskusyi przemawiali Doc. Seńkowski, Dr Weissglas i Surzycki.

— Po wypracowaniu szczegółowych planów i kosztorysów Zakładów sanitarnych miejskich (pawilonów izolacyjnych, zakładu odkażania i stacyi bakteryologicznej) obliczono koszt budowy na 1,250.000 kor. Rada miejska dawniej już uchwaliła na budowę przeznaczyć milion koron; nie wątpimy, że przez uchwalenie reszty wydatku przyspieszy Rada budowę tych niezbędnych zakładów, która powinna jaknajrychlej się rozpocząć.

— »Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych« (1913, część VII) ogłasza dwa rozporządzenia Namiestnictwa z 10. IV. 1913. L. VII. a. 689, zmieniające na zasadzie reskryptu ministerstwa spraw wewn. liczbę członków Izby lekarskiej w Krakowie i podział jej członków na grupy wyborcze. Mianowicie Izba ma się odtąd składać z 15 członków, z których 6 i tyluż zastępców wybierają lekarze krakowscy, a 9 i tyluż zastępców lekarze z następujących grup wyborczych (powiatów): 1) Biała, Chrzanów, Oświęcim, Żywiec. 2) Kraków powiat, Podgórze, Wieliczka, Wadowice. 3) Limanowa, Myślenice, Nowy Targ. 4) Bochnia, Brzesko, Nowy Sącz. 5) Gorlice, Grybów, Jasło, Krosno, Pilzno. 6) Dąbrowa, Mielec, Ropczyce, Tarnów. 7) Kolbuszowa, Rzeszów, Strzyżów, Tarnobrzeg. 8) Łańcut, Nisko, Jarosław, Przeworsk. 9) Brzozów, Dobromil, Lisko, Sanok.

— Prof. Dr Adam Wrzosek w Krakowie otrzymał nagrodę Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego im. Chałubińskiego za monografię o Ludwiku Bierkowskim.

— Prof. Dr Henryk Halban ze Lwowa mianowany został na lat 5 członkiem fachowym urzędu patentowego w Wiedniu.

— Dr J. Starzewski, dyrektor szpitala krajowego we Lwowie, otrzymał za zasługi w Towarzystwie austryackiego Czerwonego krzyża order Żelaznej korony III klasy.

Warszawa. W Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy został wybrany prezesem Dr A. Przyborowski, wiceprezesem Dr W. Szumlański, skarbnikiem Dr L. Guranowski, gospodarzem Dr Reutt.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie przystępuje do budowy własnego domu.

— W szpitalu św. Łazarza otwarto nowy oddział ginekologiczny pod kierunkiem Dr J. Slaskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 12. V. do 19. V. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 1 † —, duru wysypkowego 1 † —, róży —

Dr Trenkner.

Zmarli: internista prof. Koranyi w Peszcie, Dr Antoni Odyniec w 38 r. ż. w Sobotnikach w pow. oszmiańskim z duru osutkowego.

Redaktor odpowiedzialny

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 28. maja 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1)Demonstracye. 2) Dr Kostrzewski: Stosunek fermentów we krwi do przemiany materyi.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Bernatzika maść formaldehydowa stanowi pewny środek przeciw nadmiernemu poceniu się rąk i nóg. Wypróbowano ją klinicznie. Zapobiega zarazem przeziębieniom. Ll. W.

Rok LII. Kraków, dnia 31. maja 1913. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

PROF. DR ADAM BOCHENEK

Uniwersytet Jagielloński doznał w bieżącym roku przez śmierć profesorów, będących chlubą Wszechnicy, już kilku ciężkich strat; obecnie ponosi nową stratę, przez śmierć profesora anatomii opisowej, Dra Adama Bochenka.

Urodzony w Krakowie w r. 1875, Adam Bochenek ukończył też tu nauki gimnazyalne i w r. 1892 zapisał się w poczet uczniów Wydziału lekarskiego krakowskiej Wszechnicy, na której w r. 1898 otrzymał dyplom doktorski.

Zamiłowanie do studyów anatomicznych, którym się specyalnie poświęcił, okazywał Adam Bochenek już w czasie studyów i przez dwa lata zajmował miejsce demonstratora w zakładzie anatomii porównawczej Prof. Hoyera, zapoznając się już wtedy z metodami badań histologicznych układu nerwowego. Zostawszy po zdaniu doktoratu asystentem przy katedrze anatomii ludzkiej, wyjechał wkrótce, bo już w r. 1899, dla dalszych studyów za granicę, gdzie zapoznał się w Strassburgu, w zakładzie anatomicznym Prof. Schwalbego, z metodami badań antropometrycznych. Ale ten kierunek badań nie zadowalniał ś. p. Bochenka i chociaż może na tej drodze łatwiej byłoby Mu dojść do stanowiska, powrócił do badań ściśle anatomicznych. W tym też celu udał się do Louvain w Belgii, gdzie pod kierunkiem Prof. van Gechuchtena zapoznał się z metodami badań przebiegu dróg nerwowych na drodze eksperymentalnej, mianowicie drogą wywoływania zwyrodnień w drogach obwodowych. Tam też w Louvain wykonał Adam Bochenek szereg prac, a powróciwszy z tym dorobkiem naukowym do Krakowa, habilitował się w r. 1901 na docenta anatomii opisowej ludzkiej, w r. zaś 1906 zamianowany został profesorem nadzwyczajnym.

Od tego czasu widzieliśmy Adama Bochenka, rozwijającego działalność naukową i pedagogiczną we Wszechnicy Jagiellońskiej. Z prawdziwem zamiłowaniem i niezmordowaną pilnością pracował nad gromadzeniem materyałów do badań nad układem nerwowym, a chcąc rzecz całą objąć jeszcze szerzej, udał się w r. 1903 do stacyi zoologicznej w Neapolu, zebrał tam obszerny materyał zwierząt bezkręgowych i na podstawie paroletnich badań ogłosił pracę o budowie dróg nerwowych, przyczem stosował ówczas bardzo modną metodę Apathyego. Prócz badań czysto anatomicznych, a w szczególności studyów z zakresu badań nad układem nerwowym, nie zaniedbywał też Bochenek badań antropometrycznych i w rozprawach Komisyi antropologicznej Akademii Umiejętności opublikował cały szereg prac z tego działu.

Nie zaniedbując badań własnych, które ogłaszał głównie w Biuletynie Akademii Umiejętności i w Anatomischer Anzeiger, rozwijał ś. p. Bochenek wydatną działalność, dydaktyczną nietylko z katedry i w czasie ćwiczeń z zakresu anatomii topograficznej i badania dróg nerwowych, ale też w pracowni specyalnej. Neurologiczny oddział zakładu anatomicznego gromadził coraz większą ilość pracowników, którzy z prawdziwem zaufaniem i głęboką sympatyą zwracali się do swego kierownika. Prof. Bochenek dawał inicyatywę i zachętę do pracy, dostarczał materyału i środków; z nadzwyczajną uczynnością i prawdziwą uprzejmością starał się usunąć wszystkie trudności, nie szczędził własnego czasu i środków, ażeby wszystkim dokoła niego się garnącym, dopomódz i wszystko ułatwić. I dlatego dziwić się nie można, że w pracowni jego panowały stale najmilsze i najserdeczniejsze stosunki, kierownik pracowni nietylko otoczony był prawdziwym szacunkiem, lecz spotykał się wielokrotnie z dowodami najszczerszego przywiązania.

Działalność pracowni neurologicznej instytutu była też coraz owocniejsza; a chociaż śmierć przerwała to życie w połowie jego dni, to jednak dorobek pracowni neurologicznej jest tak pokaźny, że niewątpliwie niewielu kierowników, stojących na czele lepiej uposażonych pracowni, może się takim dorobkiem, zdobytym w tak krótkim czasie, poszczycić.

Pracownia nie wyczerpywała całej działalności ś. p. Bochenka. Pragnął on głęboko, ażeby wiedzę swoją zużytkować także w tym najbardziej trwałym kierunku działalności dydaktycznej, ażeby mianowicie przez stworzenie pod-

ręczników polskich rozszerzyć kręgi swych uczniów na całość ziem polskich. Tak często z ust jego słyszałem zdanie, że uważa za obowiązek każdego z profesorów polskich wszechnic, ażeby w miarę sił brali udział w przysporzeniu polskiej naukowej literaturze dzieł poważnych treści naukowej ze swego działu.

Kiedy ś. p. Prof. Hoyer (senior) zainicyował wydanie podręcznika polskiej histologii, Prof. Bochenek stanął w liczbie współpracowników. Widzieliśmy go dalej opracowującego anatomię, histologię i embryologię jamy ustnej dla podręcznika dentystyki Prof. Łepkowskiego. Wreszcie w czyn postanowił wprowadzić plan dawno ułożony opracowania tak niesłychanie obecnie potrzebnego podręcznika anatomii opisowej ludzkiej. Żmudna to i ciężka była praca, bo połączona z kierownictwem rysunków i zbieraniem najdokładniejszem literatury działu anatomicznego. Ś. p. Bochenek postanowił podręcznik swój w ten sposób napisać, żeby zastępował zarazem słuchaczom atlas anatomiczny. Minęło parę lat, odkąd pierwszy tom anatomii ukazał się w nakładzie Akademii Umiejętności w Krakowie, i dziś można powiedzieć istotnie, że Prof. Bochenek wywiązał się chlubnie z podjętego zadania. Dzieło jego istotnie odpowiada wszystkim wymaganiom. Sam fakt, jak bardzo jest rozpowszechniona anatomia Bochenka, fakt, że młodzież w prosektoryum posługiwała się stale jego dziełem, świadczy wymownie, jak sama myśl, przez niego podjęta, była szczęśliwą i jak dobre było jej wykonanie. O książce tej z prawdziwem zadowoleniem mógł myśleć jej autor, mógł myśleć istotnie, że stał się nauczycielem anatomii dla ogromnej większości polskim językiem władających przyszłych lekarzy.

Niestety nie było Mu danem patrzeć na owoc dalszej swej działalności w tym kierunku. Kiedy drugi tom w pierwszej redakcyi zupełnie ukończył, gdy pierwsze arkusze oddane zostały do druku, przerwała śmierć pasmo tego pracowitego życia.

We wspomnieniu pośmiertnem o ś. p. Bochenku niepodobna nie podkreślić życzliwości, jaką miał dla młodzieży uniwersyteckiej. Jego gorącem pragnieniem było, żeby Uniwersytet nasz jednoczył w swych murach młodzież wszystkich zaborów Polski, żeby starać się przy przyjmowaniu młodzieży o jaknajwiększe ułatwienia dla młodzieży z pod rosyjskiego zaboru.

Życie, pracy naukowej i pedagogicznej poświęcone i zupełnie oddane, urozmaicało Mu wielkie zamiłowanie do sztuki i dzieł artystycznych. Gorący miłośnik Krakowa i jego pamiątek, przywiązany był szczerze do tutejszych zabytków sztuki. Każdy pobyt Jego we Włoszech, dokąd często jeździł, podnosił jeszcze Jego artystyczne upodobania.

Przez szereg lat wykładał jako docent artystyczną anatomię w Akademii Sztuk pięknych i w wykładach tych wielkie znajdował zadowolenie.

Wyczerpany gorączkową pracą i znużony życiem, które stawiało Mu wiele dla Jego charakteru trudnych do zwalczenia przeszkód, uległ wreszcie w tej walce życiowej w chwili, gdy działalności Jego, sił i pracy, tak bardzo potrzeba było Jego uczniom, całemu Uniwersytetowi i polskiej nauce.

Emil Godlewski.

Prace ś. p. Prof. Dr Bochenka.

1) Die Reifung und Befruchtung des Eies von Aplysia depilans. Bull. de l'Acad. des Sciences de Cracovie. Mai 1899.

2) Die Nervenbahnen des Vorderhirns von Salamandra maculosa. Tamże. Juillet 1899.

3) Über die Nervenendigungen in den Plexus chorioidei des Frosches. Tamże.

4) O dojrzewaniu i zapłodnieniu jaja u ślimaka Aplysia depilans. Rozpr. Wydz. matem.-przyr. Akad. Um. w Krakowie. Tom XXXIX. 1899.

5) Drogi nerwowe przedmóżdża salamandry. Tamże. T. XXXVIII. 1900.

6) O unerwieniu splotów naczyniowych mózgu żaby. Tamże XXXVIII. 1900.

7) Tkanka nabłonkowa. W »Podręczniku histologii« wydanym pod redakcyą Prof. Dra H. Hoyera (sen.). Warszawa 1900.

8) Kritisches über die neuen Capacitätsbestimmungsmetoden. Zeitschr. f. Morphol. u. Antrop. B. II. H. I. 1900.

9) Beschreibung der Schädel aus einer spätrömischen Grabstätte nahe dem Weissthurmthor in Strassburg. Mittheil. der naturhist. Gesell. in Colmar 1901 i 1902.

10) Anatomie fine de la cellule nerveuse de Helix pomatia. Compt. rend. de l'Assoc. des Anatomistes. Lyon 1901.

11) O budowie komórki nerwowej ślimaka Helix pomatia. Nakładem autora. Kraków 1901.

12) Contribution à l'étude du système nerveux des gasteropodes (Helix pomatia). L'anatomie fine des cellules nerveuses. Le Nevraxe. Vol. III, 1901.

13) La racine bulbo-spinale du trijumeau et ses connéxions avec les trois branches périphériques. Le Névraxe. Vol. III. 1901.

14) Dégénérescence des fibres endogènes ascendantes de la moelle après ligature de l'aorte abdominale. Le Névraxe. Vol. III. 1901.

15) Neuer Beitrag zur Anatomie der Hypophyse der Amphibien. Bull. d'Acad. des Scienc. de Cracovie. Juillet 1902.

16) Główniejsze cechy charakterystyki antropologicznej ludności włościańskiej powiatu mławskiego gubernii płockiej. Materyały Komisyi antropol. Akad. Um. T. VIII. Dz. I. 1904.

17) Główniejsze cechy charakterystyki antropologicznej ludności włościańskiej okolicy Kutna i Łęczycy. Tamże. T. VII. 1903.

18) Drogi nerwowe dla odruchów wywołanych wrażeniami wzrokowemi. Postęp okul. Nr 6. Kraków 1903.

19) Untersuchungen über das centrale Nervensystem der Wirbellosen. Bull. de l'Acad. des Sciences de Cracovie. Fevrier 1905.

20) Badania nad systemem nerwowym mięczaków, osłonic i szkarłupni (Anodonta, Ciona, Synapta). Rozp. Wydz. matem.-przyrodn. Akad. Um. Serya 13. T. XLV.

21) Anatomia i rozwój jamy ust i zębów. »Podręcznik dentystyki« wydany pod redakcyą Łepkowskiego i Dzierżawskiego. Warszawa 1905.

22) O ruchu w świecie zwierzęcym. Wszechświat 1897.

23) O wpływie systemu nerwowego na procesy twórcze w organizacyach. Wszechświat. Warszawa 1904.

24) (et van Gehuchten): Le nerf de Willis dans ses connexions avec le nerf pneumogastrique. Le Névraxe. Vol. II. 1911.

25) Über zentrale Endigungen des Nervus opticus. Bull. de l'Acad. de Sciences de Cracovie 1908.

26) Badania nad ośrodkowemi zakończeniami nerwów wzrokowych u zwierząt ssących. Prace Zjazdu neurologów 1910.

27) O gruczołach przytarczycznych. Przegląd lekarski 1910.

28) Anatomia człowieka. T. I. Kraków. Nakładem Akademii Umiejętności.

Prace, wykonane pod kierunkiem ś. p. Prof. Bochenka.

Frenkel Br.:

1) Die Kleinhirnbahnen der Taube. Bull. de l'Academie de Sc. de Cracovie 1909.

2) Ein Beitrag zur Kentnis der im Textum opticum der Vögel entstehenden Bahnen. Anat. Anz. Bd. 40, 1911.

Grzywo-Dąbrowski W.:

1) Experimentelle Untersuchungen über die zentralen Riechbahnen des Kaninchens. Bull. de l'Acad. des. Sc. Cracovie 1911.

2) Der Tractus olfactorio mesencephalicus basalis der Maus und der Katze. Anat. Anz. Bd. 40, 1911.

Jeleńska Macieszyna S.:
1) Auf- und absteigende Bahnen des hinteren Vierhügels beim Kaninchen. Neurol. Centr. 1911.
2) Über die in den vorderen Vierhügeln des Kaninchens entspringende Bahnen. Bull. de l'Acad. des Sc. Cracovie 1913.
Kleczkowski T.:
Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego. Kraków, 1913. Rocznik lekarski Tom. III.
Łoziński P.
1) Über den histologischen Bau des Lamellibranchierherzens. Bull. de l'Acad. des Sc. Cracovie 1906.
2) O budowie histologicznej serca małży. Kraków, 1906.
Rosenhauch E.
1) Rozwój komórki śluzowej. Rozpr. Ak. Um. w Krakowie 1907.
3) Ueber die Entwickelung der Schleimzelle. Bull. de l'Acad. des Sc. Cracovie 1907.

Z kliniki chorób dzieci Uniwersytetu lwowskiego.

W sprawie etyologii krzywicy.

Wykład, wygłoszony w streszczeniu na I międzynarod. Zjeździe pedyatrów w Paryżu dn. 9 X. 1912.

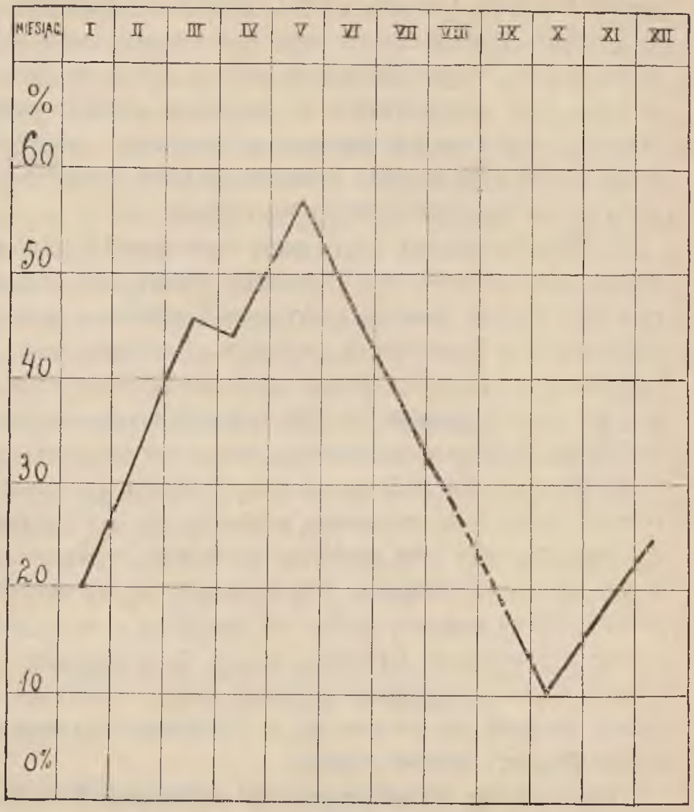
Podał

Prof. Dr Raczyński.

Wśród licznych, różnorodnych, często wprost sprzecznych zapatrywań na istotę, przyczynę i patogenezę krzywicy zwracał od dawna na siebie uwagę jeden fakt, wynikający z obserwacyi klinicznej, a mianowicie, że schorzenie to pojawia się najczęściej i w swoich najcięższych postaciach w miesiącach następujących po zimie, a więc w marcu, kwietniu, maju, że już skąpszą ilość przypadków spotykamy w dalszych miesiącach letnich, najrzadziej zaś stwierdzamy krzywicę w miesiącach jesiennych. Powtarza się też co roku to zjawisko w naszej klinice, że w jesieni trudno nam nieraz znaleść przypadek świeżej krzywicy do przedstawienia na wykładzie, tymczasem w miesiącach wiosennych trudno przedstawić dziecko kilkomiesięczne o kośćcu prawidłowym.

Chcąc ująć to spostrzeżenie w formę konkretną, zestawiliśmy wszystkie przypadki krzywicy u dzieci zgłaszających się do ambulatoryum naszej kliniki w ostatnich 3 latach w poszczególnych miesiącach, przyczem uwzględniliśmy stosunek liczby dzieci krzywiczych do liczby wszystkich zgłaszających się dzieci tego samego wieku. Stosunek ten, wyrażony w odsetkach i ujęty krzywą, dał nam bardzo charakterystyczny obraz.

Widzimy, jak krzywa nasza zaczyna się wznosić w listopadzie, wzrasta dość gwałtownie w następnych miesiącach, osiąga najwyższe wzniesienie w maju, poczem opada aż do najniższego punktu w październiku. Ten wzrost przypadków krzywicy w wiosennych miesiącach stwierdza też Fischl w swej ostatniej pracy. W statystyce naszej uwzględniono umyślnie tylko dzieci od 3. do 12. miesiąca życia, a to dlatego, aby nie mieszać przypadków przebytej krzywicy u dzieci starszych i otrzymać czysty obraz częstości krzywicy ostrej w biegu będącej, powtóre, aby w rozpatrywaniu związku przyczynowego między krzywicą a porą roku wyłączyć można wszystkie wpływy, mające wywoływać krzywicę, a przydarzające się przeważnie u dzieci starszych,



jak n. p. przebyte choroby zakaźne i t. d. Statystyka naszej kliniki ma także z tego powodu wyjątkową wartość, że dzieci w niej uwzględnione są prawie wyłącznie karmione piersią, lub dokarmiane.

Wiadomo nam, że żywieniu sztucznemu przypisują niektórzy autorowie w etyologii krzywicy pierwszorzędne znaczenie; w naszem zestawieniu ten czynnik jest zupełnie wyłączony. Muszę też zwrócić uwagę i na tę okoliczność, że w statystyce naszej nie ograniczyliśmy się tylko do obliczenia ilości dzieci krzywiczych, lecz krzywa nasza jest wynikiem stosunku ilości dzieci krzywiczych do całej ilości dzieci, zgłaszających się o poradę lekarską. Nie może więc nas dotyczyć często podnoszony zarzut, że nagły wzrost w statystykach klinicznych przypadków krzywicy w miesiącach wiosennych jest tylko wzrostem pozornym, wywołanym chętniejszem i liczniejszem zgłaszaniem się matek o poradę do klinik w tych właśnie miesiącach.

Stwierdziwszy w ten sposób niewątpliwy fakt znacznie wzmożonego pojawiania się krzywicy w miesiącach wiosennych, przejdźmy po kolei różne czynniki, mające mieć znaczenie w etyologii tej choroby i rozpatrzmy, czy którykolwiek z nich zdoła nam wytłómaczyć powyższe zjawisko.

Przypuszczano więc, że krzywica dlatego pojawia się najczęściej pod wiosnę, bo dzieci, zamknięte przez zimę w wilgotnych, dusznych, przepełnionych mieszkaniach, oddychają powietrzem, zawierającem kwas węglowy. Kwas ten, znajdując się we krwi, ma rozpuszczać sole wapniowe i zubożać kości w wapno. Przypuszczenie to nie znalazło jednak potwierdzenia w badaniach chemicznych, nadto stanęło w sprzeczności ze spostrzeżeniem klinicznem, dokonanem na dzieciach dotkniętych wrodzoną wadą serca, które mimo znacznego i stałego przesycenia krwi tym kwasem często bywają wolne od krzywicy.

Kassowitz przyjmuje, że nie kwas węglowy jako taki jest tym czynnikiem szkodliwym, lecz, że czynnikiem wywołu-

jącym krzywicę jest złe, zużyte powietrze ciasnych, przepełnionych, niewietrzonych mieszkań ubogich ludzi, »Armeleutegeruch«. Zapatrywanie to jednak nie wytrzyma także krytyki, jeśli uwzględnimy, że krzywica nie jest wyłączną chorobą biedaków, bo spotykamy ją równie dobrze, choć może nie w tym stopniu nasilenia, u dzieci przebywających zimę w najhigieniczniejszych warunkach.

Wśród przyczyn, które mają wywoływać krzywicę, odgrywa zdaniem niektórych autorów pewną rolę dziedziczność. Często bowiem spotykamy krzywicę u dzieci, pochodzących z krzywiczych rodziców, przyczem najczęściej krzywicza matka rodzi dzieci ulegające krzywicy. Spostrzegać też czasem możemy, że jeśli tylko jedno z rodziców było dotknięte krzywicą, to te dzieci, które odziedziczyły podobieństwo fizyczne (barwę włosów, rysy i t. p.) tego z rodziców, które było krzywicze, odziedziczają też i skłonność do krzywicy, gdy inne, podobne do rodzica niekrzywiczego, wolne są od tej choroby. Ale z drugiej strony spotykamy także i dzieci zupełnie wolne od krzywicy z rodziców wybitnie krzywiczych, zwłaszcza wtedy, jeśli stosunki majątkowe rodziców znacznie się poprawiły, a warunki życia dzieci zmieniły się na korzyść w porównaniu do warunków, wśród których wzrośli rodzice.

Przyjmując jednak nawet, że zapatrywanie o dziedziczeniu tej choroby jest bezwarunkowo słuszne, a prawo dziedziczenia krzywicy rozciąga się na wszystkie przypadki, to jeszcze nie znajdujemy w teoryi tej odpowiedzi na pytanie, dlaczego u tych dziedzicznie obciążonych dzieci pojawia się krzywica właśnie pod wiosnę. Teoryą dziedziczenia nie wytłomaczymy zatem zależności pojawiania się krzywicy od pewnej pory roku, co najwyżej uznać w niej możemy moment usposabiający do rozwinięcia się tej choroby pod wpływem innych czynników.

Nie wyjaśni nam także postawionego pytania zapatrywanie, wprowadzające w związek przyczynowy krzywicę ze sposobem żywienia, tem bardziej, że i ta teorya sama w sobie nie jest bez zarzutu. Wiadomo nam wprawdzie, że częściej ulegają tej chorobie dzieci sztucznie żywione, a zwłaszcza dzieci przekarmiane (Heubner), jednak wyjaśnienie, dlaczego tak się dzieje, napotyka na wielkie trudności. Tłomaczenie tego związku odwapnieniem (dekalcynacyą) ustroju przez odciągnięcie wapna do jelit dla zobojętnienia kwasów tłuszczowych i tworzenia mydeł tłuszczowych (Birk-Rothberg) zostało przez Bahrdta i Freunda odrzucone, badacze ci bowiem wykazali, że te ilości wapna, które rzeczywiście służą do wytworzenia mydeł, są za małe, aby bilans wapna w ustroju mógł być ujemny, a ustrój aż do tego stopnia odwapniony, aby uległ krzywicy. Gdybyśmy jednak mimo to przyjęli, że istnieje, chociaż nie wyjaśniony dotychczas, związek między czynnością przewodu pokarmowego a pojawieniem się krzywicy, to nie da nam to odpowiedzi na pytanie, dlaczego związek ten ujawnia się właśnie najwybitniej w pewnej porze roku. Tem mniej możemy w tym czynniku szukać przyczyn krzywicy u dzieci, objętych naszą statystyką jako karmionych piersią.

I wszystkie inne zapatrywania na etyologię krzywicy, (pomijając już wątpliwą ich wartość), a więc, czy to teorya o związku krzywicy z wydzielaniem wewnętrznem tego lub owego gruczołu, czy teorya zatrucia jadami z przewodu pokarmowego, czy wreszcie przypuszczenie, że krzywica jest chorobą zakaźną, wywołaną przez pewne swoiste bakterye (Oppenheimer, Morpurgo), nie zdołają nam wytłómaczyć zjawiska, dlaczego to ewentualne działanie szkodliwe jednego z tych czynników występuje wybitniej w pewnej porze roku. To samo powiedzieć się musi o teoryi, wypowiedzianej głównie przez Hutinela, Finkelsteina, według której krzywica jest pewną wrodzoną skazą czy dystrofią (co pokrywa się do pewnego stopnia z teoryą o dziedziczności), gdyż i tu należałoby wykryć jeszcze jakiś czynnik, wywołujący bezpośrednio chorobę, a działający szczególniej w pewnych miesiącach roku.

Widzimy z powyższego, że żadne z przytoczonych powyżej zapatrywań na przyczynę krzywicy nie biegnie po linii najdonioślejszego faktu klinicznego i nie może nam też tego faktu wyjaśnić.

Zostawmy więc na chwilę na uboczu pytanie, z któregośmy wyszli, a zastanówmy się nad tem, co przyniosły nam w sprawie patogenezy krzywicy dotychczasowe, bardzo liczne badania anatomopatologiczne, rozpatrzmy krytycznie nagromadzony tutaj materyał naukowy. Dokonał tego w bardzo gruntownej i rzeczowej pracy Schmorl, a krytyka ta, oparta głównie na badaniach Pommera, doprowadziła go do zaprzeczenia wyprowadzanym z tych badań zapatrywaniom na istotę krzywicy (Kassowitza, Zieglera, Volmana i i.) Oparłszy się na pracach Pommera, twierdzi Schmorl, że »krzywica jest chorobą, w której złożenie soli w tych częściach szkieletu, które wytwarzają się w czasie trwania choroby, a które w prawidłowych warunkach kostnieją, ustaje lub jest bardzo niedokładne; dotyczy to zarówno kości, jak chrząstki, o ile ona służy do chrząstkowego rozwoju kości«. Innemi słowy w krzywicy postępuje sprawa tworzenia się kości torem do pewnego stopnia prawidłowym, a tylko tworząca się tkanka kostnawa nie posiada zdolności czynnego osadzania wapna. Zgrubienia w okolicy nasad kostnych, stwierdzane w krzywicy, nie są wywołane, w myśl tych zapatrywań, nadmiernem bujaniem tkanki, lecz mogą być wynikiem braku zagęszczenia tkanki kostnawej, lub też przyciągnięciem, jak przyjmuje Krasnogorski, większej ilości wody, lub wreszcie następstwem mechanicznego drażnienia tych miejsc przyczepami ścięgien i mięśni, któremu miękka niezwapniała tkanka się poddaje.

Widzimy z powyższego. że badania anatomopatologiczne nie wyjaśniły istoty krzywicy, a stwierdzenie tego faktu zwróciło całą sprawę na inną drogę, po której, jak się zdawało, na pewno będzie można dojść do celu, t. j. na drogę badań chemicznych nad przemianą wapna w ustroju. Dokonano więc wielu badań chemicznych nad zachowaniem się wapna w różnych warunkach, w ustroju chorym i zdrowym. wykonano w myśl różnych zapatrywań różnorodne badania doświadczalne, ale wyniki tych badań nie doprowadziły i tutaj do wyjaśnienia istoty i przyczyny krzywicy. Wiemy już dzisiaj, że przyczyna niewapnienia kości nie leży ani w braku wapna w pożywieniu, ani w zmniejszonem wchłanianiu wapna z przewodu pokarmowego, tylko najprawdopodobniej polega ona na utracie zdolności osadzania wapna krążącego we krwi przez nowowytworzoną tkankę kostną.

Tak więc, idąc drogą krytycznego rozpatrzenia dotychczasowych wyników tak anatomopatologicznych jak i chemicznych badań nad krzywicą, znaleźliśmy się w punkcie

w którym jedynie odpowiedź na pytanie, dlaczego nowowytworzona tkanka kostnawa nie wapnieje, dlaczego traci ona tę własność osadzania wapna, da nam wyjaśnienie tej choroby.

Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, musimy sobie przedewszystkiem uprzytomnić, że krzywica nie jest tylko chorobą kośćca. W przebiegu krzywicy stwierdzamy stale oprócz zmian w kościach także zmiany we krwi, w narządach krwiotwórczych, wiadomo nam również, że towarzyszą jej często objawy ze strony układu nerwowego (spazmofilia), a uprzytomnienie sobie obrazu krzywicy jako całości doprowadzi nas do wniosku, że zmiany tu spotykane wywołane być muszą zaburzeniami w bezpośredniej przemianie materyi.

Poszukując znów przyczyny tego zaburzenia, dochodzi Lehnerdt do przekonania, że przyczyna ta leży w tak zw. »domestykacyi«, t. j. w tych wszystkich nienormalnych warunkach życia, jakie stwarza cywilizacya. Autor ten szuka dowodu dla poparcia swego twierdzenia w spostrzeżeniach własnych i obcych, dokonanych na zwierzętach, trzymanych w klatkach z ograniczeniem swobodnego ruchu, na dzikich zwierzętach, przebywających w zwierzyńcach i t. d., pozostawia jednak tę sprawę nierozstrzygniętą, nieokreśla bliżej tej »domestykacyi« i żąda jeszcze dalszych doświadczeń w tym kierunku prowadzonych.

Podobne zapatrywanie wypowiada, idąc za Hansemannem, Wieland i przyjmuje, że krzywica jest chorobą człowieka kulturalnego, wywoływaną przez różne wpływy szkodliwe życia, odbiegającego od natury; przyjmując to zapatrywanie, wyraża jednak równocześnie nadzieję, że w przyszłości zdołamy zapewne pomiędzy mogącymi tu odgrywać pewną rolę czynnikami wyszukać ten, który jest istotną przyczyną krzywicy.

Niedość ścisłe określenie pojęcia domestykacyi i niemożliwość wytłomaczenia tem pojęciem opisanego na początku niniejszej pracy zjawiska, stwierdzanego codzienną obserwacyą, naprowadziły mnie na myśl zbadania doświadczalnego wpływu słońca na zachowanie się pierwiastków mineralnych w młodocianym ustroju.

»Totis corporis nihil esse utilius sale et sole«. Niedawno przez L. F. Mayera przypomniane zdanie Pliniusza rozpatrywano ostatnimi czasy bardzo szczegółowo ze względu na wpływ pewnych soli na ustrój, ich stosunek do siebie i t. d., natomiast wpływem słońca na ustrój bardzo mało się zajmowano. Prócz prac Kammera i Loeba, zajmujących się wpływem światła na ustroje zwierzęce, i to wyłącznie ze względu na mechanikę ich rozwoju, jeden tylko v. Bauer w pracy swej: »Ueber die Ausnützung strahlender Energie im intermediären Fettstoffwechsel der Garneelen«, przypisuje światłu wpływ na przyspieszenie przemiany materyi.

Chcąc więc przekonać się, czy promienie słoneczne wywierają wpływ na chemizm ustroju młodocianego, należało wykonać odpowiednie doświadczenie. Urządziłem je w następujący sposób:

D. 27. kwietnia urodziła suczka małej rasy dwoje szczeniąt; jedno większe wagi 300 gr., drugie mniejsze 250 gr. Aby z góry uwolnić nasze doświadczenie od zarzutów, postanowiliśmy wychowywać szczenię większe, silniejsze, a więc przypuszczalnie z silniejszym kośćcem, w ciemności, szczenię słabsze w słońcu. W tym celu wynosiliśmy szczenię mniejsze do ogrodu, gdzie prawie od wschodu do zachodu słońca przebywało, o ile możności wystawiane na działanie promieni słonecznych; drugie szczenię, większe, chowaliśmy w dużej (przeszło 1 metr. kw. powierzchni), dobrze wietrzonej, lecz zupełnie zaciemnionej klatce. Obydwa żywione były wyłącznie mlekiem matki. Zauważyć należy, że pies chowany w ciemności rozwijał się bardzo dobrze, stale przewyższał wagę psa chowanego w słońcu, był jednak w ruchach ociężalszy, mniej zgrabny, chód miał powolniejszy, chwiejny. Po upływie 6 tygodni przy ciągle niezmienionym trybie życia zabiliśmy oba psy. Waga psa chowanego w ciemności wynosiła 1600 gr., psa chowanego w słońcu 1200 gr. Kość psa chowanego w ciemności była na przekroju w okolicy nasad kostnych więcej przekrwioną, szpik kostny więcej unaczyniony. Badań mikroskopowych nie dokonano.

(Dok. nast.).

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw Jagiell. (Dyrektor: Prof. Dr Rosner).

Spostrzeżenia kliniczne nad odczynem Abderhaldena

podał

Dr Kazimierz Jaworski.

Od chwili ogłoszenia pierwszych publikacyi Abderhaldena o serodyagnostyce ciąży, pojawił się już szereg prac statystycznych, potwierdzających wyniki samego Abderhaldena. Przeważna część autorów tych prac posługiwała się metodą dyalizy, jako nierównie prostszą i bardziej nadającą się do celów klinicznych, niż metoda polarymetryczna, wymagająca specyalnego kosztownego przyrządu i doskonałej techniki. Wadą atoli metody dyalizowej jest ta okoliczność, że metoda ta jest tylko jakościową, a wynika to już z tego, że przepuszczalność peptonu w poszczególnych dyalizatorach jest różna. O tem poucza nas doświadczenie, że nasilenie odczynu dodatniego (natężenie fioletowego zabarwienia, jeżeli proba peptonowa była wykonana z ninhidrynu) danej surowicy w różnych dyalizatorach jest różne i waha się w dość szerokich granicach. Ale pomimo tego napozór prostą w wykonaniu próba dyalizowa wymaga zachowania całego szeregu ostrożności, których pominięcie wieść może do wręcz fałszywych wyników. Bliższych szczegółów o metodyce próby Abderhaldena podawać tutaj nie będę, gdyż podałem je w innem miejscu, zresztą są one w zasadzie zgodne z tem, o czem mówi Abderhalden. W ogólnym szkicu tylko opiszę, jakim się materyałem posługiwałem. Dyalizatory poprzednio wypróbowano co do przepuszczalności białka i peptonu i tylko tych używano do prób, które nie przepuszczały białka, natomiast były przepuszczalne dla peptonu. Łożysko przygotowywałem, trzymając się ściśle przepisu Abderhaldena, t. j. uwalniałem od błon płodowych, krajałem na drobne kawałki, wyciskałem z krwi dokładnie i następnie gotowałem w obfitej ilości wody wrzącej. Wodę zmieniano

tyle razy, aż w ostatniej próba białka lub peptonu (t. j. próba biuretowa lub ninhidrynowa) znikała. W ten sposób przygotowane łożysko przechowywałem w wodzie przekroplonej w naczyniu wyjałowionem. Przy wykonaniu próby samej wkładałem do dyalizatora 1 gram rozskubanego na drobne cząsteczki łożyska, przygotowanego w sposób wyżej podany, i 2—3 cm³ surowicy badanej, wolnej od krwinek i hemoglobiny.

Dyalizator taki wstawiałem do naczynka szklannego z 15 cm³ wody przekroplonej; na powierzchnię wody i surowicy puszczałem kilka kropli toluolu i mniej więcej po 20 godzinach trzymania tak nastawionej próby w cieplarce przy 37° C szukałem peptonu w dyalizacie zapomocą próby z ninhidrynem.

Ponieważ głównym celem niniejszej pracy jest dokładniejsze zastanowienie się nad wynikami próby Abderhaldena w przypadkach ciąży patologicznej, głównie zaś ciąży zewnątrzmacicznej, przeto w krótkości tylko streszczę wyniki, otrzymane przy ciąży prawidłowej.

W przypadkach ciąży prawidłowej próba Abderhaldena wypadała zawsze dodatnio; tyczy to się tak ciąży późnej, jak i wczesnej (wcześniejszej ciąży niż 2-miesięczna nie badałem). Naturalnie odczyn barwny z ninhidrynem występował w rozmaitym stopniu, co jest zupełnie zrozumiałe wobec różnej wartości dyalizatorów, w każdym jednak razie zawsze wyraźnie fioletowo. Szczególnego nasilenia odczynu we wczesnych lub późnych miesiącach ciąży nie spostrzegałem.

W połogu odczyn utrzymuje się do 14 dni, po tym czasie znika. Wszystkie surowice kontrolne dawały wynik ujemny, o ile były zachowane wszystkie ostrożności; zrobiłem tych badań około 27. We wszystkich trzech badanych przypadkach wymiotów niepowściągłych otrzymałem wynik próby słabo dodatni (zaledwie odcień fioletowy).

Powtórnie wykonana próba z temiż surowicami, i to naraz w 2—3 dyalizatorach, dała wyniki identyczne, zawsze słabe odczyny. Takie same, słabo dodatnie wyniki otrzymałem w dwóch przypadkach rzucawki. Jeżeli teraz uwzględnimy podobne spostrzeżenia, otrzymane przez Henkla[1]) w rzucawce i w wymiotach niepowściągłych, to zdaje się, że wyniki takie nie są zależne od własności dyalizatorów, używanych w tych przypadkach, ale raczej są zależne od własności samej surowicy. Być może, że w przypadkach wymiotów niepowściągłych i rzucawki ustrój matki nie wytwarza w dostatecznej ilości fermentów ochronnych i może dlatego powstają zaburzenia charakterystyczne przy tych schorzeniach, ale możliwą jest i druga alternatywa, że chociaż ustrój wytwarza fermenty w dostatecznej ilości, jednakże te rozszczepiają białko, dostające się z łożyska do krążenia matki, w takim kierunku, że powstają produkty, które są w dalszym ciągu obce dla krwi, a jako takie według teoryi Abderhaldena muszą wywołać zaburzenia w całym ustroju. W tym kierunku byłyby bardzo pożądane ilościowe badania; jedynie one mogłyby rozstrzygnąć stanowczo sprawę.

Przejdę teraz do przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, których miałem sposobność badać 5. W 2 przypadkach stwierdziłem wynik dodatni, a w 3 ujemny. Jeżeli jednak przypatrzymy się bliżej historyom tych przypadków, to otrzymane wyniki bynajmniej nie przeczą teoretycznemu założeniu Abderhaldena, ale przeciwnie, potwierdzają je.

W krótkości przytoczę tutaj historye chorób:

I. P., l. 33, przyjęta do kliniki 29. XI 1912. Ostatnia regularność pod koniec września. 25. XI wystąpiło nieznaczne plamienie, poczem chora doznała silnego bólu w boku prawym. Wystąpiło silniejsze krwawienie, trwające do 28. XI. W zatoce Douglasa i bocznych sklepieniach stwierdzono opór ciastowaty, w jamie zaś brzusznej płyn wolny. Przy zabiegu operacyjnym 29. XI stwierdzono ciążę jajowodową prawostronną, jajowód rozdęty, wypełniony skrzepami. Próba Abderhaldena, wykonana w dzień przyjęcia do kliniki, dała wynik dodatni. Przypadek ten klinicznie przedstawiał się dość jasno, dodatni wynik próby potwierdził rozpoznanie.

II. W., lat 35, przyjęta do kliniki 16. I. Chora podaje, że ostatnia regularność była 5. stycznia 1913. Nudności i wymioty od trzech miesięcy. 26. XII 1912 dostała nagle silnych bolów w okolicy kątnicy. Po 3 dniach bóle się powtórzyły. Wielkość macicy prawidłowa, błona śluzowa pochwy różowa, wydzielina krwawo-śluzowa. W zatoce pęcherzowomacicznej czuje się guz mały, miękki, kształtu podłużnego, bolesny, nieruchomy, jakby stojący w związku z macicą. 18. I. wykonano próbę Abderhaldena z wynikiem dodatnim. 23. I. Laparotomia. W jamie brzusznej częściowo świeża, częściowo stara krew. Jajowód ciężarny o ścianach zgrubiałych, wypełniony skrzepłą krwią. W jajowodzie znaleziono świeże jaje płodowe. W rozpoznaniu różniczkowem mogły wchodzić w rachubę dwie sprawy chorobowe: ciąża jajowodowa i zapalenie jajowodu.

III. Z., l. 21, dzień przyjęcia 23. I. Ostatnia regularność w końcu listopada 1912. 1. I. 1913 zaczęła chora krwawić, krwotok trwał 6 dni. Bóle w brzuchu i krzyżach trwają od 3 lat. Sutki zawierają mleko. Błona śluzowa pochwy różowa, macica wielkości prawidłowej, ruchoma, kształtu gruszkowatego. Po stronie lewej przez boczne sklepienie wyczuwa się guz kulisty, miękki, bolesny, stojący w związku z macicą, nieruchomy. Leukocytoza 7.800. 24. I. próba Abderhaldena ujemna, rozpoznanie waha się między torbielą śródwięzadłową lewostronną i ciążą zewnątrzmaciczną. 25. I. Laparotomia. W jamie brzusznej nieznaczna ilość krwi ciemnej płynnej. Jajowód lewy rozdęty, wypełniony skrzepłą krwią, o ścianach grubych. Badanie mikroskopowe jajowodu nie wykazało kosmków.

IV. D., lat 41, przyjęta 30. XI. 1912. Ostatnia regularność 10. X. 1912. Przez 3 dni krew odchodziła w skąpej ilości. 4. i 5. dnia chora nie krwawiła, miała tylko silne boleści, później krew się pokazała i odtąd krwawienia i bóle powtarzają się. Błona śluzowa pochwy blada, wydzielina krwawośluzowa, macica powiększona, nieruchoma, twarda, niebolesna. Nad spojeniem łonowem wyczuwa się guz wielkości dużej pięści o powierzchni nierównej, guzowatej. Badaniem przez pochwę stwierdza się, że guz ten wypełnia sklepienia, a głównie zdaje się być rozwiniętym ku tyłowi. Jajowody niebadalne. 2. XII 1912 próba Abderhaldena ujemna. 5. XII operacya, przy której okazało się, że po stronie prawej znajduje się guz wielkości głowy noworodka, zrosły z otoczeniem. Guz ten zdaje się wychodzić z jajowodu prawego. Przy uwalnianiu ze zrostów guz się naddarł, a z niego zaczęła się wydobywać płynna stara krew z licznymi skrzepami.

V. T., lat 20, przyjęta 1. II. 1913. Ostatnia regularność 13. I. Przed tygodniem pojawił się silny ból w dole brzucha w okolicy talerza biodrowego prawego. Na drugi dzień pojawiły się wymioty i krwawienie z pochwy, utrzymujące się do obecnej chwili. Błona śluzowa pochwy blada, macica kulista, powiększona i tkliwa. Przez wypuklone sklepienie prawe można wyczuć guz miękki, pozostający w związku z prawym rogiem macicy. 3. II. próba Abder-

[1]) Arch. f. Gyn. B. 99. I. Heft.

haldena ujemna. 4. II Laparotomia. Znaleziono krwiak pozamaciczny, leżący po stronie prawej, jajowód wzdęty i zgrubiały, koniec jajowodu leży w krwiaku. W jednem miejscu wśród mas krwi skrzep zbity, zmiażdżone jaje płodowe.

Aczkolwiek liczba przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, przedstawionych tutaj, jest mała, jednakże można z nich wysnuć pewne wnioski i wytłómaczyć sobie różny wynik odczynu, wychodząc z tego założenia, że odczyn ten ma występować wtedy dodatnio, kiedy płód ew. jego ektoderma znajduje się w żywym związku z matką, ujemnie, gdy upłynął pewien czas, kiedy ten związek został rozerwany, czas, który w prawidłowym połogu wynosi 2 tygodnie. W przypadku pierwszym mamy ciążę zewnątrzmaciczną w II miesiącu. Z historyi przebiegu ciąży możemy wywnioskować, że jeżeli jaje płodowe zupełnie się odkleiło, to najwcześniej to mogło wystąpić 25. IX, t. j. wtedy, kiedy pojawił się silny ból i krwawienie. W cztery dni później wykonana próba, analogicznie do zachowania się jej w połogu, powinna być dodatnią, co też było rzeczywiście. Wynik dodatni w przypadku II tłómaczy się prościej, gdyż tutaj znaleziono w jajowodzie świeże jaje płodowe. Wyniki ujemne w ostatnich przypadkach tłómaczę sobie tak; w III i IV przypadku odklejenie się jaja płodowego nastąpiło dawno, wnosić o tem można już z obrazu anatomicznego, znalezionego przy laparotomii, a poniekąd z pewnem prawdopodobieństwem i z wywiadów. Zresztą dokładny rozbiór histologiczny jajowodu z przypadku III, któryby jeszcze może nasuwał wątpliwości, nie wykrył żadnych śladów kosmków. Najmniej może przejrzysty jest przypadek ostatni, gdzie aczkolwiek znaleziono odklejone i zmiażdżone jaje płodowe, jednakże termin dwutygodniowy, po jakim zwykła znikać próba, nie upłynął. Chodzi tutaj o kilka dni, a wahania w takiej mierze są możliwe. Należałoby się może zwrócić do połogu po ciąży prawidłowej i ustalić największą i najmniejszą liczbę dni po porodzie, kiedy odczyn Abderhaldena jeszcze istnieje. Jeżeli do wymienionych 5 przypadków dołączę analogiczne 2, przedstawione przez Meyera we Frankfurcie (jeden z wynikiem ujemnym, drugi dodatnim) na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego, to przemawiają one tylko za prawdziwością moich nielicznych zresztą spostrzeżeń. Tego rodzaju wyniki podnoszą wartość teoretycznego założenia Abderhaldena, że ustrój matki dopóty oddziaływa przez wytwarzanie fermentów ochronnych, dopóki istnieje bodziec ku temu, t. j. dopóki dostają się do krążenia matki z łożyska substancye białkowe, które są dla krwi matki obce. Z chwilą, gdy płód, ew. jego ektoderma, straci żywą łączność z ustrojem matki, ustrój przestaje wytwarzać fermenty ochronne, a już wytworzone — po pewnym czasie znikają.

JW. Panu Prof. Nowakowi dziękuję za łaskawe pozwolenie korzystania z pracowni zakładu weterynaryi.

Sprostowania do artykułu Dr Szymanowskiego i Jaworskiego w Nrze 20 »Przeglądu lekarskiego«:

str. 296. II. szp. w. 10 od dołu zamiast »ujemny« — »słabo dodatni«.

str. 297 w tablicy:

przy Nr	39	zamiast	30. II.	—	3. II.
» »	40	»	22. II. 12	—	22. II. 13.
» »	47	»	30. II.	—	3. II.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Adam Wrzosek: **Propedeutyka lekarska.** (Wydana z zapomogi Kasy im. Mianowskiego). Warszawa 1913, str. 220. Cena rb. 1.

Lepiej i wyraziściej, niżby zdołało pióro sprawozdawcy, charakteryzuje sam autor szczególny nastrój swego dzieła, poświęcając je »pamięci Tytusa Chałubińskiego, Józefa Mianowskiego i Wiktora Szokalskiego w pięćdziesiątą rocznicę założenia Szkoły Głównej Warszawskiej«. Czytając książkę Wrzoska, odczuwa się przy każdej niemal karcie, że częste wśród zwrotów do historyi medycyny szczegóły z naszej przeszłości płyną w tej książce nietylko w świadomym celu dydaktycznym, ale również z głębi uczucia. Książka jest przepojona umiłowaniem naszego dorobku kulturalnego, czcią i wdzięcznością dla tych, którzy wiedzę i pracę lekarzy wiedli u nas w górne szlaki pod hasłem obowiązku względem ojczyzny. To też zupełnie się nie dziwię zainteresowaniu się słuchaczy wykładami, z których książka powstała, o czem autor w przedmowie wspomina. Musiał słuchaczy zajmować nietylko przedmiot, sam przez się dla rozpoczynających studya ciekawy, ale też pewno i duch, wiejący z wykładów, poruszał niejedną strunę we wrażliwej duszy młodzieńczej.

Rzecz swoją, zachowując formę wykładu, ujął autor w dwanaście rozdziałów, z których osiem środkowych rozpatruje treść, granice i sposób uczenia się poszczególnych przedmiotów, składających się na studyum lekarskie, a dwa pierwsze i dwa końcowe rozdziały poświęcone są rozpatrzeniu przymiotów, jakie powinien w sobie wyrobić adept medycyny, aby zostać dobrym lekarzem. Dwie mi tutaj nasuwają się uwagi. Porządek i sposób nauczania różnych gałęzi nauk wstępnych i lekarskich przedstawia autor przeważnie tak, jak się one ukształtowały na wszechnicach krakowskiej i lwowskiej, co oczywiście stąd poszło, że wykłady, z których książka powstała, wygłaszane były w Krakowie i krakowską młodzież uniwersytecką musiały mieć przedewszystkiem na oku. Wprawdzie nie brak w wielu miejscach wzmianek, jak było na innych naszych wszechnicach, jakoteż, jak są urządzone studya na wszechnicach zagranicznych; jednakże autor mówi o tem niejako mimochodem, a gdy zwraca się do historyi, nigdzie nie daje takiego całkowitego poglądu na dzieje innych naszych, niestety już — prócz lwowskiej — nie istniejących wszechnic, jak przytoczony w rozdziale pierwszym zarys dziejów wszechnicy Jagiellońskiej. Nie zmniejsza to w niczem wartości książki i uwaga ta nie jest zarzutem; jest ona tylko wyrazem pragnienia, aby książka ta w przyszłych wydaniach stać się mogła dla każdego Polaka, gdziekolwiek los zdarzy mu rozpoczynać studya lekarskie, przyjacielem i przewodnikiem tak wiernym, jak dla młodzieży, mogącej uczyć się medycyny w obu polskich uniwersytetach.

Druga uwaga nasuwa się co do układu dzieła. Oto czytając oba końcowe rozdziały, przedstawiające ideał, do którego młodzież lekarska zmierzać powinna, mimowolnie wraca się myślą do tych ustępów rozdziału pierwszego, które mówią o zadaniach polskiej młodzieży uniwersyteckiej, i do rozdziału drugiego, kreślącego obraz dobrego lekarza. Radzibyśmy, przebiegnąwszy z autorem drogę obowiązków studenckich, znowu czytać piękne karty o obowiązkach tych, co już studya ukończyli i rozpoczęli służbę dla cierpiącej ludzkości. Z tego wrażenia wnosićby można, że obraz owego ideału lekarza prosi się jakby sam o to, by zamy-

kał dzieło, by czytelnik z tym obrazem przed oczyma książkę kończył. Obraz ten dla swej wyrazistości i pełni godzien przytoczenia: »O lekarzu, posiadającym czułe serce na niedolę bliźniego; gotowym zawsze poświęcać się dla cierpiącej ludzkości; dobrze wychowanym; posiadającym talent lekarski, dobrą pamięć, dar spostrzegawczy i zdolności umysłowe; należycie wykształconym tak pod względem medycznym, jak i ogólnym; czuwającym nad zdrowiem oraz wychowaniem fizycznem dzieci i młodzieży; pracującym na rozmaitych polach działalności społecznej; posiadającym dobre zdrowie, czysty charakter i usposobienie pogodne; nie oddającym się żadnemu złemu nałogowi; nie szukającym taniego rozgłosu drogą reklamy; obdarzonym umysłem, do ciągłego doskonalenia się zdolnym, żądnym wiedzy i wzbogacającym nią bezustannie swój umysł; starającym się wedle sił i możności przyczyniać się do rozwoju medycyny; — o lekarzu takim można powiedzieć: oto lekarz! Oto ideał dobrego lekarza, ideał, do którego nam dążyć należy, choćby droga do tego ideału samymi kamieniami była usłana. Dla tego zaś, kto zbliżyć się do tego ideału potrafi, największą nagrodą będzie zadowolenie wewnętrzne, że życie jego całe było czynem obywatelskim, na ołtarzu wspólnego dobra złożonym: »homo non sibi natus, sed patriae«. A gdy znaczna część lekarzy zbliży się do tego ideału, który stworzyły liczne pokolenia ludzi myślących i szczerze ludzkość kochających, wtedy spełnią się słowa znakomitego angielskiego męża stanu Gladstone'a, który wyrzekł, iż lekarze staną się przewodnikami narodów«.

Przytoczony ustęp daje, podobnie jak wiele innych w tem dziele, miarę poziomu etycznego, na który autor czytelnika prowadzi, i zapału, jakim dla przedmiotu swych wykładów jest przejęty. Ustęp ten wystarczające też daje wyobrażenie o sposobie pisania autora: językiem nieskalanej czystości, w zdaniach nieraz, zda się, na polszczyznie złotego wieku wzorowanych, przemawia autor jasno i wyraziście, wysławiając się ze spokojną i szlachetną prostotą. Znać, że autor dba o język ojczysty, jak mało kto w naszem piśmiennictwie lekarskiem.

Nie będę tutaj streszczać poszczególnych rozdziałów książki Wrzoska, która zasługuje na to, aby ją całą czytał nietylko każdy słuchacz medycyny, ale i każdy polski lekarz; napewno tego nie pożałuje. Znajdzie w tej książce niejedną podnietę do myślenia, znajdzie w niej atmosferę spokoju, równowagi, która tem jest dziś cenniejsza, im rzadsza, spojrzy z autorem nieraz na kłębiącą się gorączkowo współczesność »sub specie aeternitatis«, a orzeźwi się szczerą i głęboką wiarą autora w niespożytość ideału dobra i prawdy.

Książkę Wrzoska zaliczyłbym do tych, o których mówi się: »to dobra książka«. Ciechanowski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Klejn: **O wpływie leczniczym benzolu na sprawy białaczkowe.** (Gaz. lek. 1913, Nr 11). Pierwszy Koranyi wpadł na pomysł stosowania benzolu w białaczce. W sprawie tej mało dotychczas ogłoszono spostrzeżeń. Autor na podstawie własnych spostrzeżeń wyraża zdanie, że leczenie wyłącznie benzolem wywiera niewątpliwie wpływ pomyślny głównie na śledzionę, która się zmniejsza pod wpływem tego środka, oraz na obraz krwi chorych, zmniejszając liczbę leukocytów. Nie należy jednak uważać benzolu za środek niezawodny przeciw białaczce. Znacznie lepsze wyniki daje leczenie benzolem, kombinowane z naświetlaniem promieniami Roentgena. Śledziona, gruczoły i wątroba znacznie się zmniejszają, ilość leukocytów wraca do stanu prawidłowego. Zdaniem K. benzol jest środkiem znakomicie wzmacniającym i przedłużającym pomyślne działanie promieni Roentgena. Następuje też poprawa w stanie podmiotowym chorego, a więc wzmożenie łaknienia, sił, poprawa humoru. Gorączka, jeśli była, znika. Niedokrwistość, która zawsze towarzyszy białaczce, ulega znacznej poprawie, zwłaszcza przy leczeniu skombinowanem. K. podawał benzol zawsze z równą ilością oliwy w kapsułkach żelatynowych po 0,5 na dawkę kilka razy dnia, w lżejszych przypadkach po 0,3 na dawkę. Dla uniknięcia częstego odbijania, palenia w przełyku stosował K. kapsułki geloduratowe Pohla, albo wreszcie wstrzykiwał benzol podskórnie zwykle też razem z oliwą, bo czysty benzol wywołuje silny ból piekący, trwający nawet kilka dni. H. S.

Januschke: **W sprawie fizycznochemicznego działania bromu w organizmie.** (Wien. med. Woch. 1913, Nr 14). Na podstawie doświadczeń na świnkach morskich oraz późniejszych swoich spostrzeżeń klinicznych doszedł autor do następujących wniosków: 1) Zależnie od sposobu podawania bromku sodu, a więc w większych dawkach podskórnie, czy też wielokrotnych, małych wewnętrznie, otrzymuje się działanie na układ nerwowy jonów bromku lub też wyparcie z ustroju chlorków. Każdy z tych czynników wywiera działanie na inne ośrodki nerwowe. 2) Istnieją przypadki wyleczenia padaczki u ludzi działaniem jonów bromku, a nie wyparciem chlorku. 3) Przez odciągnięcie częściowe substancyi ważnych dla życia komórki, jak jonów wapnia, chloru lub lipoidów, można zwiększyć wrażliwość układu nerwowego na działanie bromu. 4) Jedynie bromek sodu nadaje się do zastosowania w celu obserwacyi działania bromu w ustroju, zupełnie zaś nieużyteczne do tego są wszelkie inne sole bromowe, jakoteż organiczne połączenia bromu. H. S.

Max Herz: **Leczenie naparstnicą.** (Med. Klinik. Nr 11. 1912). Ze względu na to, że często doświadczony nawet lekarz może się znaleść wobec alternatywy: podać naparstnicę, czy nie, stara się autor ująć pewne wytyczne wskazań do podawania tego tak bardzo używanego środka. Wytyczne te można tylko wysnuć z farmakologicznego i fizyologicznego działania naparstnicy. Wpływa ona przedewszystkiem na wydatność skurczu serca, ale nie w tem znaczeniu, iżby wzmacniała mięsień sercowy, lecz pobudza serce do lepszego zużytkowania siły mięśniowej. Przez wydatniejszy skurcz serca prąd krwi staje się bardziej wartkim, wskutek czego i ciśnienie krwi się podnosi; pośrednio skutek zaznacza się także i na rozkurczu, którego czas przedłuża się, serce zatem lepiej wypełnia się krwią. Dalsze działanie naparstnicy (podawanej w dawkach leczniczych) objawia się zwolnieniem tętna; niemiarowość jednak, o ile przedtem była i o ile pochodziła od zaburzeń zdolności przewodnictwa bodźców skurczowych, pozostaje i nadal i byłoby błędem starać się wpływać na nią zapomocą naparstnicy. Według bowiem dzisiejszych poglądów, warunkiem podawania naparstnicy jest, aby drogi przewodzące bodźce skurczowe w mięśniu sercowym były nienaruszone. Naparstnica (w dawkach leczniczych) nie działa jednako na wszystkie naczynia krwionośne, i tak: zwęża naczynia brzuszne, a rozszerza naczynia nerkowe. Pamiętając o tych zasadach, można wytknąć pewne główne wskazania do podawania naparstnicy. Należy ją zawsze podać wtedy, jeśli praca mięśniowa serca zaczyna nie dopisywać, jeśli serce nie może korzystać z pełni swej siły mięśniowej. Bezcelowem natomiast i poniekąd szkodliwem jest podawanie naparstnicy wyłącznie z powodu stwierdzenia zmian anatomicznych w sercu; należy wytępić przesąd, że naparstnica wzmacnia chore serce. Również podmiotowe skargi chorego na serce nie mogą być wskazaniem do podawania naparstnicy; nigdy bowiem nie wolno lekarzowi zapomnieć o tem, że prawie każdy sercowo chory, z powodu swej choroby, staje się neurastenikiem i wiele z jego przypadłości trzeba

odnieść do stanu nerwowego, a niewczesne podawanie naparstnicy wpływa niekorzystnie i na jego stan nerwowy (sercowo chory zna ten środek) i czyni serce chorego mniej wrażliwem na naparstnicę, co się da we znaki dopiero wtedy, gdy zajdzie prawdziwe wskazanie do podawania tego środka. Przyspieszenie ruchów serca nie powinno być również wskazaniem do podawania naparstnicy, mimo zasady, że naparstnica zwalnia tętno; odwrotnie zwolnienie tętna niezawsze jest przeciwwskazaniem do podawania naparstnicy; w jednym i drugim przypadku nie należy się kierować samymi objawami, lecz wyłącznie faktem, czy w tym przypadku zachodzi zaburzenie w krążeniu i rozmieszczeniu krwi. Ta zasada powinna być również myślą przewodnią przy ocenieniu rozmaitych niemiarowości. Tu autor rozbiera rozmaite rodzaje niemiarowości, zwłaszcza zaś te, które nie są pochodzenia sercowego i podkreśla krzywdę, jakąby się choremu wyrządziło, gdyby wyłącznie z powodu niemiarowości tętna podawano naparstnicę. Wreszcie wyłuszcza autor obszernie, jak trzeba postąpić w tych przypadkach, gdzie jest wskazanie do naparstnicy, a naparstnica zawodzi. Glassner.

Saathoff: **Schorzenie gruczołu tarczowego i gruźlica.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 5). Na podstawie licznych spostrzeżeń wysnuwa autor następujące wnioski: 1) Gruźlica odgrywa ważną rolę w schorzeniach gruczołu tarczowego, nie wyłączając choroby Basedowa. 2) Zwykle chodzi tu o początki gruźlicy z łagodnym przebiegiem, ciężkie zaś, postępujące postacie rzadko kiedy wikłają się objawami schorzenia tarczycy. 3) Samo schorzenie tarczycy nie wywołuje podwyższenia ciepłoty, które należy zawsze odnieść do towarzyszącej jednocześnie gruźlicy. 4) Należy każdy przypadek podejrzany co do schorzenia tarczycy badać równocześnie co do gruźlicy, a w razie dodatniego wyniku badania zastosować w pierwszym rzędzie leczenie przeciwgruźlicze; tylko w ciężkich i uporczywych przypadkach wskazany jest zabieg operacyjny. H. S.

Staübli: **W sprawie znajomości i leczenia dychawicy.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 3). Powstawanie dychawicy oskrzelowej tłomaczy autor w sposób następujący. U chorych na dychawicę spotyka się schorzenie ustroju, zwykle już dziedziczne, które polega na przeczuleniu ośrodków nerwowych, zaopatrujących mięśnie i błonę śluzową oskrzeli i stojących w ścisłym stosunku do całej czynności oddychania. Pod wpływem różnych czynników, a więc odruchowego podrażnienia ze strony przewodu oddechowego lub pokarmowego, narządu rodnego, skóry, wreszcie pod wpływem pobudzenia psychicznego, powstaje zwężenie oskrzeli przez ich skurcz lub wskutek wzmożonego wydzielania pod wpływym zaburzeń naczynioruchowych, a stąd utrudnione wydalanie powietrza z pęcherzyków płucnych. Wynikiem tego jest zmniejszona pojemność życiowa płuc kosztem powietrza dopełniającego, zwiększa się zaś ilość powietrza zalegającego. Zmiany te wywołują zwiększoną potrzebę przewietrzania płuc. Z zabiegów leczniczych poleca S. zmianę pobytu, a więc wyjazd w góry, oddziaływanie psychiczne, odsuwanie czynników szkodliwych, wreszcie wdychiwanie rozpylonych płynów, zawierających adrenalinę, przyczem należy uważać, aby wydechy były jak najsilniejsze. Przy ciężkich napadach dychawicy poleca autor do wziewań płyn następujący: »Rp. Adrenalini 1:1000 9,0 cm^3, Solutio: atropini sulfur. 0,1, cocaini mur. 0,25, aquae destill. 10,0 — 1,0 cm«. Przy słabych napadach dychawicy poleca S. rozczyn samej adrenaliny 1:1000. H. S.

Brotzen. **Ssąca maska Kuhna.** (Beitr. zur Klin. der Tuberkulose, XXV. 3). Maskę stosuje B. w ten sposób, że najpierw zakłada ją trzy razy dnia na kwadrans, po 5 dniach na pół godziny, potem $^3/_4$ godziny aż do godziny. Z początku chorzy skarżą się na brak powietrza, bóle w szyi i skroniach, co trwa około 4 dni. Maska Kuhna wzmacnia mięśnie oddechowe, kaszel się zmniejsza, prątki znikają, apetyt wraca. W cięższych przypadkach skutków się nie spostrzega, a wystąpić mogą przy tem leczeniu krwotoki. Dobre wyniki spostrzegano także przy cierpieniach oskrzeli, opłucnej i w dychawicy. A.

Hildebrand: **Leczenie przeciw glistnicy robaczkowej.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 3). Autor uważa za jedynie racyonalne i pewne postępowanie — zachowywanie jak największej czystości w okolicy ujścia odbytu oraz nacierania mydłem, w którego skład wchodzi kamfora, chinina i tymol. Mydło to zabija zarodki glistnicy, a przestrzegana czystość zapobiega łatwemu nowemu zakażeniu. H. S.

Pedyatrya.

C. Beck. **Leczenie gruźlicy dziecięcej tuberkuliną Rosenbacha.** (Zeitschrift f. Kinderheilk. B. VI. H 5 i 6). Tuberkulina Rosenbacha jest 100 razy mniej trującą od tuberkuliny starej Kocha. Otrzymuje się ją przez hodowanie grzybka »Trichophyton holosericum album« na 6—8-tygodniowej hodowli prątka gruźliczego. Działanie tego grzybka ma zmniejszać znacznie toksyczność łatwiej rozpadających się jadów hodowli prątkow gruźliczych. Jady zaś stalsze, które dają odporność, nie ulegają zupełnie naruszeniu. Jadowitość tej tuberkuliny jest małą, dawka śmiertelna jest wyższą niż 2,50 cm^3 na kilogram wagi zwierzęcia. Beck leczył tą tukerkuliną 30 dzieci, z tego 23 w szpitalu, 7 ambulatoryjnie. Najmłodsze z leczonych dzieci miało $^1/_2$ roku, najstarsze $14^1/_2$ l. U wszystkich prawie dzieci były gruczoły okołooskrzelowe zajęte, co stwierdzono promieniami Roentgena. Z tych 30 dzieci, 10 cierpiało na gruźlicę płuc, 1 na zapalenie wysiękowe opłucnej, 3 na gruźlicze zapalenie otrzewnej, 1 na gruźlicę jelit, 9 na gruźlicę gruczołów, 5 na gruźlicę kości, 4 na przewlekłe zapalenie ucha środkowego, 2 na gruźlicę części miękkich, 5 na gruźlicę skóry. Z tego 7 dzieci okazywało schorzenia wielorakie (równoczesne zajęcie kości, gruczołów, skóry i t. p.) Próba Pirqueta u wszystkich dzieci dodatnia. Tuberkulinę wstrzykiwał B. podskórnie, zaczynając zrazu od 0,01 cm^3, później od $0,1^3$ i podwyższając dawkę za każdym razem o $^1/_{10}$ cm^3, co drugi dzień, aż osiągnął dawkę 1 cm^3. Gdy doszedł do 1 cm^3, to wstrzykiwał tę dawkę przez 1 miesiąc 2 razy tygodniowo, a potem jeszcze przez miesiąc raz tygodniowo. Całe więc leczenie trwa około 3 miesięcy. W przypadkach z większemi wzniesieniami ciepłoty początkowo wstrzykiwał B. 1—2 razy tygodniowo. Jeżeli okazała się potrzeba, to w uporczywych cierpieniach wstrzykiwał $^1/_2$ roku i dłużej po 1 cm^3 tygodniowo. Objawów silniejszego odczynu ogólnego nie było, wzniesienia ciepłoty zwykle nieznaczne, choć czasem dochodziły i do 2^0, ropnie nigdy nie powstawały. Odczyny ogniskowe występowały np. przy gruźlicy płuc: silniejszy kaszel, zwiększenie się rzężeń w części płuc schorzałej; objawy te jednak ustępowały, przy powtórnem wstrzyknięciu występowały już słabiej, a potem zupełnie znikały. Przy wysiękach opłucnej i otrzewnej płyn szybko się wchłaniał, a guzy sieci i otrzewnej i gruczoły krezkowe malały. Gruczoły nie zserowaciałe początkowo brzękły, potem zmniejszały się. W gruźlicy skóry również wyniki były dobre. Stan ogólny chorych polepszał się, apetyt wracał, waga wzrastała. U pewnej części dzieci po przeprowadzonem leczeniu próba Pirqueta wypadła ujemnie. Oczywiście leczenie tuberkuliną Rosenbacha trzeba powtarzać, bo odporność trwa tylko przez ograniczony przeciąg czasu. Z załączonych historyi chorób widać rzeczywiście potwierdzenie dobrych wyników. W jednym tylko przypadku, dotyczącym rocznego dziecka, ze zmianami w płucach i gruźlicą części miękkich, leczenie nie odniosło skutku, a dziecko zmarło. Dadej.

A. Velebil. **Zapalenie sromu i pochwy u dzieci.** (Časopis lékařův českých 1912 Nr 7). Na 1934 dziewcząt z ambulatoryum czeskiej kliniki pedyatrycznej Prof. Pesiny dotkniętych było tą chorobą 28. U 23 z nich sprawa polegała na zakażeniu gonokokami Neussera, których nie

stwierdzono tylko w pozostałych pięciu przypadkach. Z nich w jednym była przyczyną cierpienia glistnica (oxyuris vermicularis), drugi towarzyszył kłykcinom kiłowym, a trzy inne dotyczyły dziewcząt w wieku 10—13 lat, u których w wywiadach stwierdzono masturbacyę. Źródłem zakażenia jest najczęściej zakażone otoczenie (matka), zwłaszcza u dzieci najmłodszych; rzadziej zachodzi samozakażenie (ophthalmoblenorrhoea, stuprum). Co do wieku, to z 23 chorych tryprowych 16 nie miało lat pięciu; siedem było w wieku od 7—12. We wszystkich 23 przypadkach zajęta była cewka moczowa; autor dość sceptycznie wyraża się o możliwości pierwotnego zajęcia pochwy i sromu, a co do pierwotnego zajęcia szyjki macicznej brak mu własnego doświadczenia. Kłykcin kończystych nie stwierdził autor w żadnym z badanych przypadków. Czas trwania choroby jest dość długi — dochodzi szeregu miesięcy. Leczenie w przypadkach ostrych polegało na zastosowaniu spokoju (łóżko), częstem zmywaniu części płciowych rozczynem nadmanganianu potasu, ewentualnie przy silnem zajęciu zewnętrznych części płciowych dawano okłady z 1—3% rozczynu resorcyny. Po upłynięciu okresu ostrego podrażnienia używał autor głównie protargolu. M.

Doc. D. Panýrek. **Częstość chorób zakaźnych w wieku przedszkolnym.** (Časopis lékařův českých 1913 Nr 11). W 4 szkołach w pierwszych klasach było dzieci 125. Z tych nie przeszło dotąd żadnej choroby zakaźnej 55; przeszło zakażenie 70 dzieci (56%), a mianowicie: odrę 49 (39,2%), płonicę 18 (14,4%), błonicę 9 (7,2%), ospę wietrzną 14 (11,2%), zapalenie ślinianek 7 (5,6%), krztusiec 9 (7,2%). Zatem więcej niż połowa przechodzi choroby zakaźne jeszcze w wieku przedszkolnym. Dwie choroby przeszło 19 dzieci (15,2%), trzy 7 dzieci (5,6%), cztery dwoje dzieci (1,6%). M.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Schumacher. **Sześć klasycznych przypadków zatrucia kiełbasianego (botulismus).** (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr 3). Autor opisuje przebieg choroby po zjedzeniu nieświeżej szynki, u 6 osób, z klasycznymi dla zatrucia kiełbasianego objawami, wynik sekcyi, tudzież bakteryologiczne wykazanie prątka (bacillus botulinus), odkrytego w 1897 przez Ermenghema. We wszystkich przypadkach po wystąpieniu z początku zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, nudności, wymiotów, bólów brzucha i zawrotu, dołączyły się i utrzymywały się na pierwszym planie objawy nerwowe: rozszerzenie źrenic (mydriasis), podwójne widzenie, opadnięcie powiek, porażenie akomodacyi, trudność połykania, zatrzymanie stolca i moczu przy niepodwyższonej ciepłocie ciała i prawidłowem tętnie. Sekcya wykazała silne przekrwienie narządów wewnętrznych, zwłaszcza mózgu, wątroby i śledziony, punktowate wybroczyny w żołądku, płynność i ciemne zabarwienie krwi, powiększenie ilości płynu w workach opłucnych, osierdnym i komórkach mózgowych, a przedewszystkiem silny obrzęk płuc. 14 świnek morskich, zaszczepionych przesączem z szynki, padło wśród charakterystycznych objawów, sporządzone zaś z szynki hodowle wykazały obecność prątka Ermenghema.

F. Olbrycht.

De Dominicis. **Nowy sposób rozpoznawania plemników w plamach.** (Archiv. internat. de méd. légal. 1912 pag. 388). Sposób ten odbywa się zawsze przy sztucznem świetle (Auer) i polega na 3 szybkich fazach: 1) barwienie w amoniakalnym rozczynie czerwieni rutenowej (Rutheniumrot, Grübler), 2) działanie odczynnikiem Schweitzera, 3) rozwłóknienie w glicerynie. Do badania oddziela się 2—4 milimetrów kwadratowych splamionej tkaniny, wkłada się do nasyconego rozczynu czerwieni rutenowej w zwykłym 20% amoniaku na mniejwięcej 10 sekund, następnie do kropli odczynnika Schweitzera również na 10 sekund (poruszając w kropli zapomocą końca igły) i wreszcie rozwłóknia się zapomocą 2 igieł w kropli gliceryny na białem tle. Po przykryciu i lekkiem uciśnięciu preparatu szkiełkiem nakrywkowem ogląda go się przy 500-krotnem powiększeniu zawsze przy świetle sztucznem (Auera). Ponieważ preparat trzeba szybko przenosić, przeto należy już naprzód dać na poszczególne szkiełka przedmiotowe po kropli rozczynu amoniakalnego czerwieni rutenowej, odczynnika Schweitzera i gliceryny. Plemniki barwią się na kolor owocu granatu, czasem z połyskiem jakby krystalicznym; także i ogonki są widoczne, zaś nitki tkaniny częścią się nie barwią, częścią zaś barwią się na kolor winny. Dla uwydatnienia ogonków plemników można badaną tkaninę poddać najpierw działaniu sześciochlorku żelaza (5:30), obmyć w obfitej ilości wody i potem postępować jak wyżej. Dr T. T.

De Dominicis. **Nowy sposób barwienia erytrozyną dla rozpoznania plemników w plamach.** (Archiv. internation. de méd. légal. 1913 pag. 58). Autor zaleca zmodyfikowany przez siebie sposób (podany w 1908 roku przez Corina i Stockisa) barwienia plam nasiennych zamiast erytrozyną amoniakalną (1,0 : 200,0) — erytrozyną karbolową. Sposób ten przedstawia się w sposób następujący: Barwienie paru milimetrów kwadratowych splamionej tkaniny przez 1—2 minut w rozczynie erytrozyny w kwasie karbolowym (0,1 na 10,0 kwasu karbolowego płynnego); rozwłóknienie zapomocą dwóch cienkich igiełek na szkiełku przedmiotowem na białem tle w kropli euparalu (Grübler); następnie po przyłożeniu i lekkiem uciśnięciu szkiełka nakrywkowego ogląda się przy 500-krotnem powiększeniu zawsze przy świetle sztucznem (Auera). Główki plemników barwią się doskonale, ogonki są dość często widoczne i także zabarwione, natomiast nitki tkaniny nie barwią się wcale lub tylko nieznacznie; można także spostrzegać plemniki, nie przylegające ściśle do nitek tkaniny; w rozczynie karbolowym erytrozyny trudno się barwią inne komórki, przez co barwienie staje się bardziej swoiste. Dr T. T.

H. Welsch i A. Lecha-Marzo. **Przyczynek do mikrochemicznych odczynów nasienia.** (Arch. internat. de med. legal. 1912 str. 255). Autorowie podają najpierw wyniki swych badań nad podaną przez Bokariusa metodą wykazania nasienia zapomocą kwasu fosforowo-wolframowego. Typowych półksiężycowatych kryształów mimo obecności nasienia często nie otrzymywali, natomiast znajdowali zawsze błyszczące, podobne do pereł twory. Ponieważ podobny odczyn daje wiele ciał innych, a zwłaszcza alkaloidów, zwrócili się autorowie do metody z trójbromkiem złota, podanej przez de Dominicisa. W przeciwieństwie do samego autora tej metody wykazali, że odczyn ten występuje także bez ogrzania; należy w tym celu odczynnik przynajmniej przez kwadrans zostawić w zetknięciu z podejrzanym materyałem i dopiero, jeżeli na zimno kryształy nie występują, należy preparat ogrzać. Modyfikacya, podana przez Peseta, a polegająca na użyciu jako odczynnika zamiast trójbromku złota, który się łatwo rozkłada, nasyconych rozczynów bromku potasowego i chlorku złota, nie daje według autorów żadnych korzyści. Z rozmaitymi wyciągami narządów, podobnie jak ze śliną, krwią, moczem, wypada odczyn ujemnie (w innem jednak miejscu podają autorowie, że otrzymywali wynik dodatni odczynu z kwaśnym wyciągiem wątroby); wydzielina gruczołu krokowego daje wynik dodatni. Zamiast pierwotnie zaleconego wyciągu wodnego polecają autorowie wyciąg chloroformem przy lekkiem ogrzaniu. Odczyn nie jest bardzo ostry i czuły. Autorowie proponują najpierw w sposób zwykły wytworzyć kryształy, a następnie podpuścić kroplę 1% kwasu pikrynowego pomiędzy szkiełko przedmiotowe a nakrywkowe i jeszcze raz wykrystalizować, a wówczas stwierdzić można pomiędzy czworokątnymi kryształami, wytworzonymi przez trójbromek złota, inne podługowate, żółtawe lub czerwonawe, koloru granatu. Wreszcie robili autorowie próby z plwociną gruźliczą, otrzymywali jednak kryształy inne, niż de Dominicisa; także są one o wiele trwalsze, niż ostatnie, które już po podniesieniu

szkiełka nakrywkowego znikają. Plwocina osób. cierpiących na przewlekły nieżyt oskrzelowy lub zapalenie płuc, nie dawała odczynu. F. Olbrycht.

Verger. **Metoda nadwrażliwości przy wykazywaniu plam nasiennych.** (Compt. rend. de la Soc. de biol. 1911 Nr 32). Minet i Leclercq wykazali, że świnki morskie, którym wstrzyknięto nasienie męzkie, na powtórne wstrzyknięcie odpowiadały objawami nadwrażliwości: kaszel, duszność, spadek ciepłoty, drgawki, a nawet śmierć występowała po powtórnem wstrzyknięciu męzkiego nasienia, (najlepiej w ilości 1 cm^3). Tesame świnki nie oddziaływały na wyciągi z jąder zwierząt, ani na surowicę ludzką. Jakkolwiek na Zjeździe sądowo-lekarskim francuskim zaprzeczał Balthazard z Paryża bezwzględnej swoistości przeciw innym białkom człowieka, jednakże wobec wielkiego znaczenia tej sprawy dla medycyny sądowej, postanowił Verger skontrolować technikę i doświadczenia Mineta i Leclerqua. Otóż autorowie ci polecili przygotowywać zwierzęta zapomocą wyciągu z podejrzanych plam, a po upływie 20 dni ponownie wstrzyknąć świeże ludzkie nasienie; postępowanie to, pominąwszy już trudność uzyskania na zawołanie świeżego nasienia, ma tę ujemną stronę, że badania znacznie się przedłużają. Vergel odwrócił całą rzecz. Przysposabiał on najpierw morskie świnki nasieniem świeżem i wyciągami wodnymi z plam nasiennych, nawet starych, kilka miesięcy. Wstrzykiwał 2 cm^3 wodnego wyciągu z 10 cm^2 plam w 4—5 cm^3 wody do osierdzia, otrzewnej lub śródmózgowo. W miesiąc aż do 4 miesięcy później wykonywał ponowne wstrzyknięcie w sposób, podany przez Mineta i Leclerqua. Z dziewięciu świnek dwie okazywały tylko bardzo słaby odczyn: kaszel i niepokój; trzy drgawki, spadek ciepłoty poniżej 38,0, do 2 godzin trwający upadek sił i porażenie, po upływie którego to czasu przyszły jednak do siebie; cztery natomiast świnki dostały natychmiast gwałtownych drgawek i padły w kilku minutach. W praktyce potrzeba większej ilości świnek, ponieważ tylko wynik $^2/_3$ przypadków ma znaczenie dowodowe. Verger, chcąc wydać ostateczny sąd o wartości tej metody, przeprowadza dalsze doświadczenia. F. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 26. lutego 1913 r.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski, sekretarz Dr Zubrzycki. Obecnych członków 45.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Członkiem Towarzystwa wybrano jednomyślnie kol. Służewskiego.

3) Kol. Dr Borzęcki przedstawia: a) chorego z rozległemi spustoszeniami w następstwie nieleczonej **trzeciorzędnej kiły.** Przypadek ten świadczy o wielkiej indolencyi otoczenia, wśród którego chory przebywał. Chory ma lat 26, wzrostem jednak i niedostatecznym rozwojem ogólnym sprawia wrażenie chłopca kilkunastoletniego. Choroba, jak objaśnia chory z wsi sąsiedniej, równocześnie na oddziale będący, miała rozpocząć się przed 15 laty. Obraz zmian następujący: Brak języczka, blizny na podniebieniu miękkiem, zniszczenie przegrody kostnej i chrząstkowej nosa, który jest siodełkowato zapadły, brak małżowiny lewej, zniszczenie powiek, częściowe zbliznowacenie z następowem ropnem zapaleniem rogówki, które doprowadziło do zniszczenia jej na obu oczach. Rozległe blizny zajmują okolicę klatki piersiowej, obu ramion aż do przegubów łokciowych, wywołując zupełne zesztywnienie obu stawów. b) Dalej przedstawia kol. Borzęcki chorego, lat 26, ze zmianami charakterystycznemi co do siedziby i obrazu klinicznego: **keratoma palmare et plantare hereditarium.** Chory podaje, że cierpienie to trwa od lat dziecięcych, a podobnem cierpieniem jest także dotknięte dwoje rodzeństwa. Leczenie w tych przypadkach bardzo małe daje wyniki.

4) Kol. Doc. Mazurkiewicz wygłosił odczyt: **W sprawie projektu ustawy o pozbawieniu własnowolności.** (W głównym zarysie rzecz ogłoszona już w »Przeglądzie lek.«)

W dyskusyi zabiera głos a) prof. Piltz, który oświadcza, że na posiedzeniu Izby lekarskiej w Krakowie sprawą projektu nowej ustawy o pozbawieniu własnowolności również się zajmowano i szeroko ją omawiano. Izba jednomyślnie postanowiła zaprotestować przeciw takiemu brzmieniu ustawy, jakie jest w projekcie. Stanowisko to uzasadnia mówca licznymi dowodami i przykładami. b) Kol. Rogalski również zwraca uwagę na konieczność zmiany projektu nowej ustawy, uważając go wprost za niewykonalny. c) Kol. Mazurkiewicz podnosi jeszcze raz wady projektu i prosi krakowskie Towarzystwo lekarskie, aby zaprotestowało przeciwko tak brzmiącemu projektowi.

Uchwalono jednomyślnie następującą rezolucyę, wniesioną przez prelegenta uzupełnioną przez kol. Rogalskiego: »Krakowskie Towarzystwo lekarskie, rozważywszy na posiedzeniu z dnia 26 II 1913 r. nowe przepisy, dotyczące dodatkowej kontroli krajowych i prywatnych zakładów dla umysłowo chorych, projektowane przez przedłożenie rządowe ustawy o pozbawieniu własnowolności, doszło do przekonania, że projektowana instytucya »mężów zaufania«, wprowadzenie obowiązkowego postępowania detencyjnego i wykluczenie lekarzy zakładowych z uczestnictwa w charakterze znawców w komisyach sądowo-lekarskich, byłyby szkodliwe dla prawidłowego rozwoju organizacyi opieki nad umysłowo chorymi. Z tego względu Krakowskie Towarzystwo lekarskie gorąco popiera wniosek ponownego odesłania projektu ustawy o pozbawieniu własnowolności do komisyi prawniczej Izby Panów w celu: 1) Odrzucenia instytucyi »mężów zaufania«; 2) przyjęcia nieobowiązkowego, ale fakultatywnego postępowania detencyjnego; w przypadkach, w których odbywać się będzie postępowanie detencyjne, nie może być ono przeprowadzone wcześniej, niż po upływie 6 do 8 tygodni od chwili przyjęcia chorego do zakładu; 3) w celu ustawodawczego stwierdzenia, iż jest pożądanem, ażeby przy postępowaniu detencyjnem i kuratelarnem jednym z dwóch znawców był ten lekarz zakładu krajowego, pod którego opieką znajduje się badany chory«.

Równocześnie uchwalono zawiadomić o tej rezolucyi odpowiednie organa rządowe.

Sekretarz: Dr J. Zubrzycki.

IV. posiedzenie naukowe lekarzy Szpitala św. Łazarza w Krakowie

z dnia 17. I. 1913.

Przewodniczy Dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 28.

1) Kol. Blay omawia **zatrucia ciążowe.** Zmiany anatomiczne, oraz objawy kliniczne, występujące podczas ciąży, są wyrazem zatrucia ustroju matki produktami przemiany materyi płodu i w większości przypadków tylko dzięki urządzeniom ochronnym ustroju nie dochodzi do groźnych zaburzeń. Jeżeli ustrój matki nie jest zdolny owych produktów toksycznych z ustroju swego wydalić, lub zmniejszyć ich toksyczności, wreszcie, gdy produkta te wytworzą się w nadmiernej ilości, to ustrój matki oddziaływa na to groźnemi zaburzeniami. Z tych zaburzeń prelegent obszernie zastanawia się nad uporczywemi wymiotami, oraz nad rzucawką porodową, omawiając istniejące zapatrywania na etyologię, obraz kliniczny, oraz leczenie tych chorób.

W dyskusyi nad referatem przemawiali Prof. Dobrowolski, Prof. Ciechanowski i Dr Markowa.

2) Kol. Dr Schwarzbart przedstawił i omówił przypadki a) **gruźlicy spojówki i rogówki,** b) **gruźlicy rogówki** i c) przypadek **łuszczki mięsistej** (pannus crassus) Sprawę leczenia tej postaci łuszczki omówił prymaryusz) Dr Witaliński.

3) Kol. Scharf przedstawił przypadek **mięsaka mózgu.** — W dyskusyi przemawiał Prof. Ciechanowski.

4) Kol. Weber przedstawił przypadek **lues gummo-tuberculosa,** leczony salwarsanem. W dyskusyi zabierali głos Dr Kostecki i Dr Krzyszkowski.

5) Kol. Potrzobowski przedstawił a) przypadek **keratoma palmare et plantare hereditarium,** leczony środkami macerującymi przybłonek i b) trzy przypadki **lichen ruber planus,** leczone salwarsanem.

6) Dr Kosiński przedstawia 2 przypadki **złamań kości ramieniowej** i wyniki leczenia zachowawczego i operacyjnego. W dyskusyi przemawiał Prof. Rutkowski.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

92. Ogólne Zebranie 22 lutego 1913

Obecnych 16 członków.

Na przewodniczącego zebrania wybrany kol. Fidler.

1) Kol. Przewodniczący odczytuje korespondencyę, wśród niej odezwę magistratu m Radomia w sprawie składki na szkoły miejskie. zależnej od lekarzy, praktykujących w Radomiu. Postanowiono rozpatrzeć na najbliższem zebraniu ogólnem.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia o projekcie wynajęcia dla Towarzystwa pomieszczenia wspólnego z prawnikami w domu p. Staniszewskiego. Postanowiono upoważnić kolegów Kondratowicza i Rakowskiego do obejrzenia tego lokalu i zdania sprawy na następnem ogólnem zebraniu.

3) Kol. Pełczyński: **O pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych na zasadzie ostatniej ustawy.**

Po wyczerpującej dyskusyi, w której brali udział koledzy: Fidler, Przychodzki, Szczepaniak i inni, z powodu spóźnionej pory zebranie zostało zamknięte.

93. Ogólne Zebranie d. 29. marca 1913.

Obecnych 18 członków i 1 gość.

Przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawia chorą z nowotworami jamy brzusznej, poczem na przewodniczącego zebrania został wybrany kol. Kosicki. Kol. Sekretarz odczytuje list Prezydenta miasta z prośbą o przyspieszenie odpowiedzi, czyby lekarze, pozostający na służbie państwowej, a skutkiem tego nie obowiązani płacić składki na szkoły miejskie, nie zechcieli dobrowolnie uczestniczyć wspólnie z lekarzami wolnopraktykującymi w zapłaceniu sumy 60 rb., nałożonej w tym roku na lekarzy, nie pozostających na służbie państwowej. Po krótkiej dyskusyi wszyscy lekarze-urzędnicy zgodzili się, ale tylko w tym roku, wziąść udział w zapłaceniu składki, a ponieważ wspólnie z lekarzami-nieurzędnikami lista płatników wzrosła do 21, więc na każdego z lekarzy wypadło zapłacić 2 rb. 86 kop. O decyzyi tej postanowiono zawiadomić prezydenta m. Radomia.

Kol. H. Fidler odczytuje swą pracę: **Stan szpitalnictwa i ruch chorych w szpitalach ziemi Radomskiej za lata 1908—1911 włącznie,** ilustrowaną ciekawemi tablicami statystycznemi, wykonanemi w pracowni inżyniera m. Radomia p. Józefa Wesołowskiego, obecnego na zebraniu. Dalszy ciąg odczytu odłożono z powodu spóźnionej pory do następnego zebrania.

Członek Zarządu sekretarz Dr T. Rakowski.

---

42. Zjazd chirurgów niemieckich

(Berlin, 26—29 marca 1913)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

Goldman (Fryburg): **Doświadczalne badania nad czynnością splotów naczyniowych mózgu i opon mózgowych.** Na podstawie doświadczeń z wstrzykiwaniem barwników doszedł G. do przekonania, że nabłonki splotów naczyniowych posiadają własności wydzielnicze i chronią ustrój od dostawania się składników niepotrzebnych; opony mózgowe przypominają co do swej czynności otrzewnę i sieć.

Dyskusya. a) Küttner: Przy operacyach ośrodkowego układu nerwowego rozstrzyga o wyniku wczesne rozpoznanie i dlatego wyniki operacyi prywatnych są znacznie lepsze, niż szpitalnych i klinicznych; niestety objawy są przy sprawach chorobowych ośrodkowego układu nerwowego często bardzo niejasne. Operacye dekompresyjne dają wynik, jeżeli otwór wykona się blisko guza; jeżeli siedziba guza nie da się stanowczo oznaczyć, trzeba założyć dwa otwory od przodu i od tyłu. Przy tarczy zastoinowej, gdzie niema tła kiłowego, a guza operować nie można, powinno się zawsze wykonać operacyę dekompresyjną. b) Oppenheim: Mimo znacznie lepszej techniki, wyniki operacyi na mózgu są obecnie raczej gorsze niż dawniej, bo operujemy obecnie częściej także przypadki, do operacyi mniej się nadające.

Schloffer (Praga): **W sprawie leczenia zaburzeń wzroku przy czaszce wieżowatej** (Turmschädel). S. zaleca w razie zaburzeń wzrokowych przy czaszce wieżowatej, gdy nakłucie spoidła ew. trepanacya dekompresyjna nie doprowadzą do celu, usunięcie części sklepienia czaszki nad kanałem nerwu wzrokowego celem uwolnienia tegoż nerwu. Operacyi tej próbował S. w 3 przypadkach i w jednym, gdzie znikło już poczucie światła, osiągnął je z powrotem po 3 tygodniach.

Sauerbruch (Zürich): **O powstawaniu padaczki.** Doświadczalnie można padaczkę wywoływać u zwierząt nietylko przez uszkodzenie mózgu, ale także przez systematyczne nużenie np. kończyn. Do wywoływania napadu używał S. kokainy. Zabiegi chirurgiczne oddają dobre usługi przy dużych zmianach anatomicznych. S. ma nadzieję, że przy braku zmian drażliwość mózgu będzie może można zmniejszyć sposobem Trendelenburga, t. j. działaniem zimna.

Muskens (Amsterdam): **Urazowa padaczka z uszkodzeniem czaszki.** Przy padaczce urazowej należy najpierw za radą Horsleya opatrzyć uszkodzenia czaszki, a dopiero gdy to nie pomoże, otworzyć oponę, ew. wyciąć odpowiedni ośrodek, zwłaszcza jeżeli drażnienie elektryczne wywołuje typowy napad.

Ritter (Poznań): **O zmniejszaniu ilości krwi w mózgu przy operacyach na czaszce.** W 3 przypadkach uzyskał R. korzystny wynik przez chwilowe zaciśnięcie tętnic szyjnych. Chorzy tracą przytem przytomność, tak, że operować można bez uśpienia.

Kümmell (Hamburg): **Późniejszy los chorych po wycięciu nerki.** Przy gruźlicy nerki osiąga się niemal w 75—80% bardzo dobre wyniki po wycięciu nerki, nawet w tych przypadkach, gdzie w drugiej nerce były zmiany. Natomiast bardzo złe wyniki daje wycięcie nerki zmienionej nowotworowo. Osoby, które żyją po wycięciu nerki już parę lat, uważać należy za zdrowe i dozwolić im na małżeństwo, jakoteż przyjmować do ubezpieczenia.

W dyskusyi potwierdzają to Baetzner, Koelcker i Zondek, Tietze natomiast jest tego zdania, że kobietom

po wycięciu nerki powinno się zakazywać małżeństwa, bo macica ciężarna może nieraz uciskać na jedyny moczowód i przez to ciąża może się stać groźną dla życia.

Graser (Erlangen): **Kliniczne spostrzeżenia nad wpływami nerwowymi na czynność nerek.** (Praca doświadczalna).

Lobenhofer (Erlangen): **Uwagi fizyologiczne o inerwacyi nerek.** Z doświadczeń swych dochodzi L. do wniosku, że nerka jest narządem bardzo samodzielnym i posiada samoistny miejscowy ośrodek nerwowy.

Riedel (Jena): **Wrodzone zwężenia cewki moczowej.** R. spostrzegał 10 przypadków. W razie nieleczenia rokowanie bardzo złe. W celach leczniczych stosuje się rozszerzanie, ew. wycięcie miejsca zwężonego, przytem w razie potrzeby wszczepienie wyrostka robaczkowego,

Mühsam: **Plastyka cewki moczowej zapomocą żyły odgoleniowej.**

Voelcker (Heidelberg): **Operacya na pęcherzykach nasiennych.** Wskazanie: ropienia, blizny wywołujące ucisk lub bole w sąsiednich narządach, nowotwory. Czasem schorzenia powodować mogą przewlekły gościec (3 przypadki, leczone z korzystnym wynikiem co do gośćca).

Ströbel (Erlangen) podaje, że przez sztuczne zwężanie krtani zdołał wywołać u zwierząt wybitne powiększanie się serca, analogiczne do serca przy wolu.

Haberer (Insbruk): **Wycięcie grasicy przy chorobie Basedowa.** 5 przypadków; wyniki korzystne, zwłaszcza w jednym wynik nadzwyczaj dobry.

Hosemann (Rostock): **Czynność tarczycy przy chorobie Basedowa.** Doświadczenia autora, wykonane wspólnie z Walterem, potwierdzają zdanie Waltera, że u osób z brakiem gruczołu tarczowego i przy chorobie Basedowa odnowa uszkodzonych nerwów jest bardzo zwolniona. Przemawia to za tem, że choroba Basedowa polega nie na hypertyreoidyzmie, lecz raczej na dystyreoidyzmie.

Goebel (Wrocław): **Doświadczenia chirurgiczne z trypolitańskiej ekspedycyi Czerwonego Krzyża.** Pod wpływem korzystnego wpływu klimatu rany goiły się bardzo dobrze, nawet rany, zadane szrapnelami. Rany, zadane przez pociski rzucane z aeroplanów, bywają nieraz liczne i goją się źle, towarzyszy im często zakażenie. Przy opatrywaniu cenne usługi oddaje mastisol. Dur brzuszny przebiegał w Tripolis nieraz z powikłaniami chirurgicznemi, zwłaszcza tworzyły się ropnie ślinianki przyusznej, na głowie, kończynach, a nawet zgorzel kończyn.

Coenen i Kirschner: **Doświadczenia chirurgiczne z wojny bałkańskiej.** Zakażenia mają swe źródło głównie w złym pierwszym opatrunku. Mastisol okazał się bardzo cennym, bo opatrunek, założony zapomocą mastisolu, wcale przesunąć się nie może. W wojnie bałkańskiej transport chorych był bardzo wadliwy. Brakowało materyału do opatrunków ustalających przy złamaniach. Amputacye obecnie należeć powinny do rzadkości. Tętniaki urazowe operować należy dopiero wtedy, gdy się dokładnie otorbią. Bardzo złe rokowanie dają na wojnie postrzały rdzenia.

zur Verth (Kilonia): **Zranienia w wojnie morskiej.** Zranienia w walce morskiej są zwykle bardzo ciężkie; pochodzą nietylko od pocisków armatnich, min i torped, ale w $^1/_3$ powstają pośrednio od odłamków strzaskanych części statku. 20% załogi ulega w walce zranieniom, z czego 8% kończy się śmiercią.

Frank (Berlin): **Doświadczenia wojenno-lekarskie.** F. czynny był w wojnie bałkańskiej po stronie greckiej. Zakażeniu ulegają przeważnie rany, zadane pociskami armatnimi; tężec zdarza się tylko rzadko. Operuje się obecnie rzadko, najczęściej jeszcze zranienia czaszki, nerwów i naczyń. Bardzo często spostrzegał F. postrzały łydek, przyczem tworzy się zwykle duży krwiak, nierzadko potem ropiejący, a nawet wiodący do zgorzeli mięśni. — Pochhammer czynny był koło Janiny. Stosował przy zakażeniach z korzyścią zastoinę. Przy dużych zranieniach granatami naświetlał rany z dobrym skutkiem słońcem.

Colmers (Koburg): **O działaniu pocisku stożkowatego.** Pocisk stożkowaty obraca się często w ciele i przez to rani częściej naczynia i nerwy, niż pocisk zakończony jajowato.

Mühsam: **Zranienia mózgu, rdzenia i nerwów, spostrzegane w szpitalu niemieckiego Czerwonego Krzyża w Belgradzie.** Zranienia mózgu są nader rzadkie. Na wielką liczbę zranień czaszki spostrzegał M. tylko 3 przypadki zranień samego mózgu. Uszkodzenia nerwów spotyka się najczęściej przy postrzałach szyi i kończyn. — W dyskusyi zachęca Kirschner, by przy zranieniach okolicy nerwów w razie objawów uszkodzenia nerwu operować odrazu, bo trudno bez operacyi ocenić, jakim właściwie zmianom uległ nerw.

Oettingen (Berlin): **Zakażenie ran na wojnie.** W przeciwieństwie do Bergmanna twierdzi O., że rany na wojnie uważać należy zawsze za zakażone. Nie należy odrazu rany zawijać, gdy krwawi, lecz trzeba pozwolić krwi nieco odpłynąć. Zgłębnik należy z instrumentaryum polowego nieoperacyjnego usunąć. Tamponada z obawy krwotoku jest bezcelowa, bo gdy krwotok będzie silny, zwykle tamponada nic nie pomaga; natomiast często wiedzie tamponada do zakażeń. Rana każda wymaga przedewszystkiem spokoju. Bakterye w sąsiedztwie rany należy unieruchomić przez smarowanie jodyną lub mastisolem, by się nie dostały do rany samej. Przy leczeniu większych zakażonych zranień kończyn należy stosować zawieszania kończyn. — W dyskusyi Rehn czyni zarzut Oettingenowi, że ukrywa skład mastisolu. W odpowiedzi O. przyrzeka go niedługo podać.

Lotsch (Berlin): **Rany postrzałowe naczyń w wojnie turecko-bułgarskiej.** Obecne pociski stożkowate uszkadzają dość często naczynia krwionośne. Przy postrzałach w okolicę naczyń powinni być ranni bardzo ostrożnie przenoszeni, a na t. zw. tabliczkach z oznaczeniem rany w szpitalach nad łóżkiem powinno być umieszczone ostrzeżenie dla personalu sanitarnego, że grozić tu może krwotok. Wiele na pewno stwierdzonych uszkodzeń naczyń goi się mimoto bez śladu, czasem tylko tworzą się tętniaki rzekome. Przy krwotokach po 4—7 dniach można już liczyć na krążenie uboczne i dokonać podwiązania nawet większych naczyń bez zbytniej obawy. Tętniaki leczyć należy z początku zapomocą ucisku, a operować dopiero później w dobrych warunkach aseptyki.

Frisch (Wiedeń): **Wojenno-lekarskie doświadczenia co do tętniaków.** F. spostrzegał 16 tętniaków urazowych, z tego 15 operował ze skutkiem pomyślnym; szesnasty przypadek wyleczył się bez operacyi. Tętniaki sprawiają nieraz nieznośne bóle, co zmusza do operacyi. Zresztą wskazaniami są: zwiększanie się tętniaka, zaburzenia czynności sąsiednich narządów. Zwykle można bez obawy wyciąć całego tętniaka i naczynia podwójnie podwiązać, bo krążenie uboczne u młodych ludzi wytwarza się rychło.

Dreyer (Wrocław): **Spostrzeżenia nad zgorzelą stopy z wojny bałkańskiej.** D. spostrzegał 31 przypadków zgorzeli stopy u żołnierzy, którzy zmuszeni byli po kilka dni chodzić bez zdejmowania w mokrem obuwiu. Obuwie sznurowane jakoteż kamasze uważa D. za złe; najracyonalniejsze są wysokie buty z odpowiedniem urządzeniem cholewy do łatwego zdejmowania.

Carl (Królewiec): **Nowe zastosowanie prądów o wysokiem napięciu w chirurgii.** C. zaleca leczenie tymi prądami przy naczyniakach, używając igły emaliowanej.

Klapp: **O nowym sposobie wycinania migdałków.** Do wycinania migdałków używa K. narzędzia, przypominającego kleszcze Luera.

†
Dr Józef Czajkowski
prezes Towarzystwa lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego, naczelny lekarz szpitala Towarzystwa Sosnowickiego. zmarł w 58 r. ż.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego, prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam, Berlin-Buch (Deut. med. Wochenschrift), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Wielka Podjaczeska 31 (Russkij Wracz), Dr Fr Vesely, Brno na Morawach (Časopis lek. českych), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«) anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18. (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX, Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie); Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47 a) (pisma niemieckie); Dr Okińczyc, Paryż (Journal de Chirurgie); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z gineologii: Dr Fanc. Neugebauer Warszawa, Leszno 33 (Gynaekol. Rundschau, (Zentralblat f. d. ges. Gynaekol., pisma francuskie), Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatologii: Prof. Dr Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis). Dr Leon Feuerstein, Lwów, Kopernika 12 (Dermatologische Wochenschrift), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt), Dr Turzański Jarosław (Mediz. Klinik); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftalmologii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin); z higieny szkolnej: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów (Hygiène et médecine scolaires), wraz z Dr M. Biehlerową, Warszawa (Archives intern. d'hygiène scolaire).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 28. V. b. r. posiedzenie, na którem oddano cześć pamięci ś. p. Prof. Dr Bochenka, poczem Prym. Borzęcki przedstawił chorego ze swego oddziału, a Dr Kostrzewski wygłosił odczyt: »Stosunek fermentów we krwi do przemiany materyi«. W dyskusyi przemawiali Doc. Koźniewski i Dr Zubrzycki.

— Polskie Towarzystwo balneologiczne ogłasza następującą odezwę: »Przed rozpoczęciem sezonu letniego w naszych zdrojowiskach i letniskach zwraca się Polskie Towarzystwo balneologiczne w Krakowie z przypomnieniem i gorącem wezwaniem do wszystkich, którym dobro kraju na sercu leży, którym ideały narodowe nie powinny być obojętne, aby pierwszeństwo w wyborze zdrojowisk i letnisk dawali zdrojowiskom polskim. Przedewszystkiem polecić należy gorąco zdrojowiska polskie wszystkim pp. lekarzom, ordynującym w krajach należących do dawnej Polski. Lwia część frekwencyi i rozwoju naszych zdrojowisk zależy od lekarzy, których patryotycznemu stanowisku nadal ufamy tem pewniej, że lekarze przekonali się już, iż u nas równie dobre wyniki leczenia, jak zagranicą, osiągnąć można. Również i prasie polskiej wiele i bardzo wiele w tym względzie zawdzięczamy i na nią liczymy, że obudzone już przez nią uczucie i duch samoobrony społeczeństwa polskiego nadal skutecznie nietylko podtrzymane, ale jeszcze gorliwiej rozniecane będzie. U społeczeństwa polskiego przełamano już pierwsze lody obojętności dla wszystkiego co nasze; — publiczność owiana duchem patryotycznym chętnie wybierze co swoje, tembardziej, że można zapewnić, iż zdrojowiska nasze w ostatnich latach gorączkową rozwinęły czynność ze strony właścicieli jak i zarządów, by stanąć wyżej i by odpowiedzieć godnie rosnącemu zaufaniu ze strony publiczności i lekarzy. W końcu zaapelować należy do pp. właścicieli zdrojowisk, w rękach których spoczywają dalsze losy rozwoju naszych skarbów rodzimych. Niechaj właściciele zdrojowisk i poszczególne zarządy wezmą sobie dobrze do serca te zasady, że należy usunąć ze zdrojowisk wszystko to, co publiczność zraża, że nie należy gonić za chwilowym zyskiem, lecz wyzyskując pomyślną do rozwoju chwilę, niechaj się starają, by publiczność nie zwabić, lecz zwabioną utrzymać, a zdrojowiska krajowe nietylko zaroją się publicznością naszą, lecz przyciągną i obcą. — Za Polskie Towarzystwo balneologiczne: Prof. Dr St. Pareński, prezes, Dr M. Cercha, zast. prezesa, Dr J. Zanietowski, sekretarz, Dr J. Frączkiewicz, redaktor«.

— Zarząd Biblioteki Tow. lek. krakowskiego składa serdeczne podziękowanie JWPanu radcy dworu Prof. Dr Wicherkiewiczowi za czasopisma ofiarowane bibliotece.

— Według Nru 1. sezonowego czasopisma »Krynica«, wydawanego przez zarząd nowoutworzonej gminy »Krynica-Zdrój«, przybyło do tego zdrojowiska od 15—21. V. b. r. 228 rodzin, a 407 osób.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. V. do 24. V. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca 4, ospy wietrznej 1, płonicy 11 † — (4 † 1), odry 7 † — duru brzusznego — † 1 (2 † —), duru plamistego —, róży 2 † 1, tężca — † — (1 † —). Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego d. 5. czerwca 1913 r. znajdują się m. i. następujące komunikaty: 1) J. Pawiński: »Etyologia stwardnienia tętnic w świetle statystyki«. 2) J. Tur: »Badania nad wpływem promieni radu na rozwój jaj mięczaków«. 3) J. Tur: »O rzekomem »przemieszczaniu się« pod błoną żółtkową blastodermy jaj gadów i ptaków«. 4) J. Tur: »Nowe przypadki potworności złożonych w zarodkach kaczki«. 5) R. Szretter: »O powstawaniu smugi i brózdy pierwotnej w zarodkach wróbla«.

— W Zakładzie dla umysłowo chorych w Drewnicy pod Warszawą odbyło się poświęcenie nowego gmachu, który został zbudowany dzięki ofiarności społeczeństwa i energii kuratora zakładu, Dr K. Rychlińskiego. Zakład może obecnie przyjąć 236 chorych.

— Rząd gubernialny piotrkowski zamyśla o budowie zakładu dla obłąkanych, gdyż za utrzymanie obłąkanych z gubernii piotrkowskiej płaci w Tworkach pod Warszawą około 40.000 rubli rocznie.

— Majowy swój zeszyt poświęciło »Zdrowie« wyłącznie balneologii, a w szczególności Ciechocinkowi.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 19. V. do 26. V. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 1 † —, duru wysypkowego 2 † 1, róży —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Lekarze polscy, ordynujący w Karlsbadzie, chcąc uczcić pamięć Dra Stanisława Hassewicza, długoletniego lekarza-praktyka w Karlsbadzie, znanego filantropa, zmarłego w r. z. w Warszawie, uchwalili na zebraniu lekarskiem w dniu 6. maja b. r. założyć w Karlsbadzie fundusz zapomogowy jego imienia dla biednych chorych w Karlsbadzie. Dla zasilania zebranej sumy wnosić mogą składki na ręce każdego z lekarzy polskich w Karlsbadzie wszyscy, którzy uznają cel funduszu lub chcą dać wyraz czci dla szlachetnej ofiarności Dra Stanisława Hassewicza.

— Bezimienny ofiarodawca przeznaczył 10.000 marek na nagrodę za wynalezienie skutecznego sposobu usunięcia prątków duru z ustroju »roznosicieli« tego zarazka. Należy dowieść, że po użyciu tego środka mocz i kał najmniej przez pół roku nie zawierają prątków. Prace konkursowe w języku niemieckim mają być złożone do d. 1. października 1914 na ręce przewodniczącego komitetu konkursowego, prof. Schjerninga, w Berlinie.

— Rząd francuski wypracował projekt ustawy o obowiązkowem odkażeniu po każdym przypadku śmierci między 2. a 60. r. ż. Prof. Landouzy w Akademii lekarskiej w Paryżu oświadczył się wobec tego za obowiązkowem odkażaniem w każdym przypadku śmierci bez żadnych ograniczeń.

— »Münchener medizinische Wochenschrift« wychodziła w r. 1912 w 15.000 egzemplarzy. Grono wydawnicze przeznaczyło z czystych zysków 12.600 mk. na cele humanitarno-lekarskie (fundusze wdów po lekarzach i t. p.).

Redakcya otrzymała: Ziembicki Witold: 1) Kilka słów o kile płucnej, z powodu przypadku leczonego salwarsanem. 2) Rola chirurgii w nauce o przysadce mózgowej. (Tygodn. lek. 1912—1913). — Szymanowski: 1) Studya z dziedziny anafilaksyi. »Akad. Um.« Kraków 1912. 2) Über die Anwendung der Präzipitationsmethode zur Diagnostik des ansteckenden Verkalbens. »Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte«. T. XLIII. 1912.— Szymanowski i Zagaja: Ein Beitrag zur Thermopräzipitation beim Milzbrand. »Zeitschr. f. Infektionskrank.« 1912. — Bańkowski i Szymanowski: Studya z dziedziny anafilaksyi II. »Akad. Umiej.« 1913. — Saski: Trzy przypadki duru brzusznego, leczone szczepionką Czajkowskiego. »Nowiny lek.« 1913. — A. Rydygier (jun.): 1) O leczeniu słoniowaciny sposobem Handleya. (»Przegl. lek.« 1911). 2) O trepanacyi zwalniającej (dekompresyjnej) i operacyi Anton-Bramanna (»Tyg. lek.«). 3) Erfahrungen über die Resektion der hinteren Rückenmarkswurzeln bei spastischen Lähmungen (»Deuts. Zeitschr. f. Chir.«). — N. Cybulski: Elektryczność zwierzęca, prądy spoczynkowe i czynnościowe. Warszawa 1913. — L. Korczyński: 1) Zur therapeutischen Verwendung der Guberquelle. 2) Beiträge zur Hefetherapie. 3) Zur Frage einfacher Funktionsprüfung des Herzens. (»Oesterr. Ärzte-Zeitung«). 4) Uwagi o naszym ruchu naukowym na polu balneologii. (»Med. i Kron. lek.«). 5) O hormonach wegetatywnego układu nerwowego. — Fr. Vesely: Vseobecne zásady jimáni minerálnich zridel. (»Technicky Obzor« 1913).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1913.

Gazeta lek. Nr 18—21. Lang: Ogniska nabłonka walcowatego w błonie śluzowej górnego odcinka przełyku (18). — Falgowski: Nowsze przyczynki do patologii i terapii zapalnych schorzeń przydatków macicy (18—21). — Horodyński: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia choroby Mortona (19). — Pu-

ławski: Okresowa puchlina stawów (20—21). — Łapiński: Listy z podróży (20). — Blay Julia: Do kazuistyki pemphigus vegetans (21).

Medycyna i Kronika lek. Nr 18—12.: Wasserthal: Badanie mikroskopowe kału w świetle spolaryzowanem (18). — Bychowski (dok. 18). — Ziemiński: Gruźlica oka a tuberkulina (19). — Brzezińska i Perłowski: Przypadek białaczki ostrej (19). — Bregman i Krukowski: Przyczynek do sprawy surowiczego zapalenia opon mózgowych (20—21). — Grudziński: Złogi i zwapnienia ze stanowiska rentgenologii (21—22).

Tygodnik lek. Nr 18—21.: Sochański: Analiza kapillarna soku żołądkowego i jej praktyczne znaczenie oraz kilka uwag, dotyczących innych metod miareczkowania treści żołądkowej (18). — Frączkiewicz: O działaniu wody gorzkiej »Hunyadi Janos« w leczeniu chorób wewnętrznych (18—19). — Ostrowski: Znaczenie rozpoznawcze objawu trojaka (»signe du sou«) przy zapaleniach płuc i opłucnej u dzieci (19). — W. Skórczewski i Sohn: O wpływie leczenia radem na przemianę materyi u dnawych (20—21). — Paśko: Przypadek raka sutka męskiego (20).

Nowiny lekarskie. Nr 5.: Gliński: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności. — Neugebauer: Przypadek porodu 5 lat po zachowawczem operacyjnem wyleczeniu porodowego wynicowania macicy sposobem Piccoliego. — Serkowski i Kraszewski: Zastosowanie hemometru Fleischla do ilościowego określania indykanu. — Szerszyński: Postępy w leczeniu gruźlicy kości i stawów. — Serkowski: Opsoniny i bateryotropiny w świetle doświadczeń własnych i krytyka teoryi Wrighta.

Przegląd pedyatryczny, Tom V. Z. 3.: Judt: Ostre ropne zapalenie stawów u niemowląt. — Biehler M. (c. d.).

(Dokończenie nastąpi).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 4. czerwca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye. 2) Dr Wachtel: »O wegetaryanizmie«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Prothaemina w praktyce. Dr A. Bader. (Z ambulatoryum ogólnej styryjskiej kasy chorych i kasy wsparcia robotników w Gracu). (Medizinisch-chirurgisches Centralblatt 1912. Nr 25).

Prothaemina jest przetworem uzyskanym najpierw przez prof. Salkowskiego na podstawie rozległych szczegółowych doświadczeń, zawierającym wszystkie ciała białkowate krwi w postaci suchej. Temu składowi zawdzięcza prothaemina swe odrębne stanowisko pomiędzy przetworami odżywczymi odpowiednio do wyników uzyskanych przez Salkowskiego przy doświadczeniach żywienia białkanami mięsa i białkiem hemoglobinowem, które jako zastępstwo mięsa nie dostarczyły dostatecznego odżywienia w doświadczeniu na zwierzęciu, podczas gdy całkowite ciała białkowate krwi (prothaemina) pozwalały uzyskać bardzo korzystne wyniki co do wyzyskania, smaku i złożenia w organizmie.

Prothaemina jest bardzo wysoko procentowym środkiem białkowatym tuczącym, gdyż zawiera ponad 93% białka. Naturalna zawartość lecytyny warunkuje zapewne obok całkowicie ograniczonego żelaza krwi jego wpływ skrzepiający napięcie nerwowe i wzmacniający.

Spostrzeżenia na materyale chorych autora potwierdzają słuszność tych przesłanek w sposób pocieszający, iż można mówić o rzeczywistem wzbogaceniu skarbca leczniczego, czy to chodzi o to, aby przy podupadnięciu stanu ogólnego odżywienia i trawienia, przy ogólnem osłabieniu, n. p. przy niedokrwistości, blednicy, stanach neurastenicznych, początkującej gruźlicy i w ozdrowieniu i t. d. podnieść miarę energii spożytego pożywienia do wymaganej wysokości przez wysokowartościowy, zupełnie wessaniu ulegający i należycie wyzyskany, smaczny i łatwo dający się zażywać przetwór odżywczy, czy też ma się zamiar wpłynąć szczęśliwie na tworzenie się krwi przez doprowadzenie tego najłatwiej strawnego białka (zawartość żelaza organicznego) i na skrzepienie nerwów (zawartość fosforu i lecytyny), co stanowi pierwsze warunki konstytucyonalnego wzmocnienia.

Prothaeminę sporządza firma Goedecke & Co. Berlin N. 4. Pozostaje ona pod stałą doświadczalną kontrolą ze strony tajnego Radcy Prof. Dra E. Salkowskiego w Berlinie. Porthaemina jestto proszek delikatny, brązowy, prawie bez smaku i woni, który w postaci suchej lub w potrawach może być przyjmowany. Dawka dz. ca 15—30 gr. (1—2 kopiastych łyżeczek herbacianych). Otrzymać je można także w postaci dragee i szczególnie smacznych biszkoptów prothaeminowych. Hr. W.

Rok LII. Kraków, dnia 7. czerwca 1913. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

W sprawie etyologii krzywicy.

Wykład, wygłoszony w streszczeniu na I międzynarod. Zjeździe pedyatrów w Paryżu dn. 9 X. 1912.

Podał

Prof. Dr Raczyński.

(Dokończenie.)

Należało teraz oznaczyć ilościowo substancye mineralne, znajdujące się w ustroju głównie co do zawartości Ca Mg Na, nadto fosfor, żelazo, chlor. Możnaby je oznaczać albo tylko w kościach i chrząstkach lub też w całym ustroju »en masse«. Pierwszy sposób postępowania byłby może łatwiejszy, lecz nasuwał wątpliwości, czy można będzie tak dokładnie oddzielić części miękkie od kości i chrząstki i czy nie popełni się w ten sposób błędu, który podałby w wątpliwość cały wynik doświadczenia. Obraliśmy więc sposób drugi, tembardziej, że zubożenie ustroju w wapno (a o ten składnik najbardziej nam chodziło) dotyczy w krzywicy nietylko kośćca, lecz również (Aschenheim) tkanki mięśniowej i nerwowej.

Idąc za uprzejmą radą Prof. Bądzyńskiego, postąpiliśmy w następujący sposób: Przez kilkakrotne przepuszczenie ciał naszych zwierząt przez maszynę do miażdżenia mięsa zmieniliśmy je na jednolitą masę, zalaliśmy ją kilkoma litrami 5% wodnego rozczynu kwasu azotowego i ogrzewaliśmy na łaźni wodnej przez dwie doby, często mieszając, potem trawiliśmy ją jeszcze na zimno po dodaniu kilku litrów 5% kwasu azotowego przy użyciu mechanicznego mieszadła przez 3 doby. Po odsączeniu powtórzyliśmy jeszcze raz całą manipulacyę, wypłókaliśmy znajdującą się na sączku miazgę 2% kw. azotowym. W ten sposób przeprowadziliśmy do odsączu całą ilość oznaczyć się mających soli, o czem przekonaliśmy się badaniem pozostałej na sączku miazgi. Odsącz zagęściliśmy przez odparowywanie do objętości 1 litra.

Pewne ilości tego płynu spalano na mokro w kolbie kwasem siarkowym zgęszczonym przy obecności zgęszczonego kwasu azotowego i oznaczano w nim poszukiwane ciała [1]).

[1]) Oznaczeń chemicznych dokonano częściowo w pracowni klinicznej przy pomocy pp. Drów Goździewskiego i Zwisłockiego, częściowo w pracowni chemicznej JWP. Prof. K. Panka. Wszystkim tym współpracownikom wyrażam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

W ten sposób przeprowadzone badanie chemiczne wykazało na każde 100 gr. wagi żywego zwierzęcia:

	u psa chowanego w słońcu	u psa chowanego w ciemności
CaO	1.578 gr.	0.978 gr.
P_2O_5	1.192 »	0.862 »
MgO	0.054 »	0.041 »
Cl	0.162 »	0.347 »
Fe_2O_3	0.017 »	0.019 »
Na_2O	0.211 »	0,529 »

W tym wyniku badania chemicznego uderza nas w pierwszym rzędzie różnica między obydwoma zwierzętami pod względem zawartości wapna i fosforu, widzimy bowiem, że pies chowany w ciemności miał w swym ustroju mniej wapna i fosforu od psa chowanego przy dostępie światła i słońca.

Zapytać teraz musimy, czy na podstawie tego wyniku badania chemicznego wolno nam cośkolwiek wnosić o przyczynie krzywicy. Niestety, idąc w pośpiechu za pierwszą myślą, nie dokonaliśmy badania mikroskopowego kośćca użytych do doświadczeń zwierząt, nie możemy też na tej podstawie twierdzić, że zwierzę chowane w ciemności, a więc z mniejszą ilością wapna i fosforu w ustroju, było krzywicze: naszem zdaniem jednak brak badania anatomicznego nie przesądza w niczem wyników badania chemicznego. Przypuściwszy bowiem nawet, że badanie anatomiczne nie wykazałoby krzywicy, to taki wynik ujemny badania anatomicznego nie zmieniłby nic a nic w fakcie, że promienie słońca mają wpływ na chemizm ustroju. Mógł także pies chowany w ciemności mimo wykazanego zmniejszenia wapna i fosforu nie wykazywać anatomicznych zmian w kośćcu, bo może do ich rozwoju potrzeba dłuższego czasu, niż w naszem doświadczeniu, lub ocenienie ewentualnych zmian anatomicznych mogło nasunąć — jak to było w doświadczeniach przy podawaniu zwierzętom pokarmu pozbawionego wapna — znaczne wątpliwości, a mimo to wszystko musielibyśmy orzec, że między temi w różnych (co do światła i słońca) warunkach wychowywanemi zwierzętami zachodzi duża różnica w ilości wapna i fosforu. Musielibyśmy też stwierdzić, że zubożenie ustroju w fosfor

i wapno jest w ścisłym związku z brakiem światła i słońca, wreszcie, co najważniejsze, że fakt zmniejszenia się ilości soli fosforowych i wapniowych w ustroju nietylko się pokrywa zupełnie z wiadomościami naszemi o stanie tych soli w obrazie chorobowym zwanym krzywicą, lecz że jest tego stanu chorobowego najistotniejszą treścią.

Wynik zatem chemiczny naszego, jakkolwiek tylko jednego doświadczenia daje nam podstawę do wypowiedzenia zapatrywania, że brak działania słońca na ustrój wpływa ujemnie na osadzanie soli wapniowych i fosforowych w kośćcu młodocianego ustroju, a gdy zubożenie ustroju w te sole stanowi istotę krzywicy, możemy przyjąć, że brak wpływu słońca na ustrój jest przyczyną tej choroby.

Nie będziemy się kusić o odpowiedź na pytanie, jak wytłomaczyć korzystny wpływ słońca dla ustroju, a tem samem, jak wyjaśnić wywołane jego brakiem zmiany w przyswajaniu pewnych soli, lub w przemianie pierwiastków mineralnych w ogólności. Przypuszczać tu można bezpośrednie działanie promieni słonecznych na nowowytwarzającą się tkankę kostną w ten sposób, że nabiera ona zdolności osadzania wapna lub też, że ten wpływ słońca idzie drogą skomplikowanych procesów w przemianie materyi, np. przez działanie na biologiczne własności krwi, mające niewątpliwie doniosłe znaczenie dla czynności komórek tkanki kostnawej i chrząstki.

Jeśli, nie wdając się w dalsze teoretyczne roztrząsanie sprawy, powrócimy do przytoczonego powyżej zapatrywania Schmorla na istotę krzywicy i przypomnimy sobie zdanie Lehnerdta co do etyologii tej choroby, to możemy powiedzieć, że udało nam się bliżej oznaczyć najważniejszy czynnik z tych przypuszczalnych szkodliwości, którego Lehnerdt szuka w domestykacyi i na tej podstawie możemy orzec, że krzywica jest chorobą, w której (przynajmniej w znacznej liczbie przypadków) brak działania słońca wpływa w ten sposób szkodliwie na ustrój, że w świeżo wytworzonej tkance kostnej i chrząstce nie osadza się wapno, co wiedzie do dalszych zmian w całym ustroju, a w szczególności i głównie w kośćcu.

Zwróćmy się teraz do kliniki i zapytajmy, czy z tego punktu widzenia możemy objaśnić jakieś fakty, stwierdzone obserwacyą kliniczną, czy zdołamy pogodzić je z naszem zapatrywaniem na przyczynę krzywicy.

Niewątpliwie tak. Przedewszystkiem zrozumiałym staje się dla nas fakt, dlaczego przypadki krzywicy tak wybitnie mnożą się na wiosnę, a stają się tak rzadkie w jesieni. Dziecko bowiem, urodzone pod jesień, a badane na wiosnę, spędza całych kilka pierwszych, dla rozwoju kośćca najważniejszych miesięcy swego życia, w warunkach dla osadzania się wapna niekorzystnych, t. j. w czasie, gdy w naszym klimacie bardzo mało mamy dni słonecznych. Natomiast nie stwierdzamy krzywicy u dzieci tego samego wieku, a więc urodzonych pod wiosnę, a badanych w jesieni, bo dzieci te, choćby były urodzone w najgorszych higienicznych warunkach, wchodzą jednak w najpierwszych miesiącach swego życia w pełnię lata, korzystają obficie ze światła i słońca. Dzieci te, choćby urodzone z najbiedniejszych rodziców, znajdują się ze względu na osadzanie się wapna w kościach w lepszych warunkach, niż dzieci otoczone największą troskliwością, jednak urodzone pod zimę. Stąd też pochodzi, że w naszej klinice stwierdziliśmy 60% krzywicy u dzieci badanych w maju, 10% u dzieci badanych w październiku.

Badając kości dzieci mających powyżej roku życia, stwierdzamy nieraz, że krzywica nierównomiernie dotknęła ich kościec, że np. kości czaszki nie okazują ani śladu tej choroby, a natomiast w wysokim stopniu zajęte są kości klatki piersiowej lub kończyn. Jakże objaśnić to zjawisko? Przydarza się to najczęściej u dzieci, urodzonych z początkiem lata. Otóż kliniczne doświadczenie poucza, że krzywica z przyczyn czysto mechanicznych nie zajmuje wszystkich kości równocześnie w równej mierze; wiemy, że u dzieci kilkomiesięcznych usadawia się ona przeważnie w kościach czaszki, u dzieci starszych w kościach długich, tłomaczymy sobie to zjawisko w ten sposób, że zmiany chorobowe występują najsilniej w tych częściach szkieletu, które w czasie trwania choroby znajdują się w okresie najszybszego rozwoju. Istnieje tu pewne prawidło sadowienia się najwybitniejszych zmian w stosunku do wzrostu kośćca, a więc i do wieku osobnika. Otóż dziecko, urodzone z końcem wiosny, przebywa pierwsze miesiące swego życia, t. j. wtedy, kiedy kości czaszki są najwrażliwsze na krzywicę, w korzystnych warunkach, jego czaszka też kostnieje prawidłowo, wolna od krzywicy. Ale z nastaniem zimy dziecko to, mające kilka miesięcy życia, zostaje pozbawione w naszym klimacie wpływu słońca i oto tosamo dziecko pod wiosnę, mając 8—9 miesięcy, okazuje krzywicę klatki piersiowej lub kończyn; czaszka pozostaje już wolną od tej choroby, gdyż okres krytyczny dla tej części kośćca przeminął wśród warunków, niesprzyjających rozwinięciu się tej choroby.

Z naszego punktu widzenia objaśnimy równie łatwo przypadki, w których oszczędzone są kości długie, a czaszka jest dotknięta zmianami krzywiczemi: będą to dzieci urodzone w zimie.

Do wyjaśnienia spostrzeżeń klinicznych przyjąć musimy, że słońce przez swoje działanie nietylko wpływa zapobiegawczo w ten sposób, że nowowytworzona kość w swoim czasie wapnieje i rozwój kośćca odbywa się torem prawidłowym, lecz również, że pod jego wpływem ulega zwapnieniu nowowytworzona, a nie uległa zwapnieniu tkanka. Innemi słowy musimy przypisać wpływowi słońca także działanie lecznicze. Wiadomo było bardzo dawno, że wpływ słońca odgrywa ważną rolę w leczeniu krzywicy; niema podręcznika, któryby nie wskazywał na ten czynnik w leczeniu krzywicy, a jednak dotychczas nie zużytkowano dość stanowczo tego spostrzeżenia do wyjaśnienia etyologii tej choroby.

Wpływem słońca wytłomaczymy też niektóre znane fakty z rozmieszczenia geograficznego krzywicy. Wiadomo, że nie spotykamy jej prawie zupełnie u ludów, zamieszkujących pas ziemi niedaleko równika, co jednak nie może być właściwością tamtejszych ras, bo wiadomo także, że zapadają na krzywicę dzieci rodziców ras południowych, urodzone i wychowane np. w środkowej Europie. Z drugiej strony nie stwierdzono jej jeszcze nigdy u dzieci europejczyków, zamieszkujących okolice równika (Peiper). Zjawisko to wytłomaczymy bardzo łatwo naszem zapatrywaniem na przyczynę rozwijania się krzywicy.

Oparłszy się na wyniku naszego doświadczenia, zrozumiemy również tę ogólnie znaną, od bardzo dawna zau-

ważoną częstość krzywicy w Anglii, głównie w Londynie, słynnym z mgieł i z braku słońca, a wytłomaczenia tego zjawiska nie będziemy szukać w gęstości zaludnienia, bo również często spotykamy krzywicę (95% Kowarski) w mało ściśnionym, ale w podobnych klimatycznych warunkach znajdującym się Petersburgu. Nie zmieni naszego zapatrywania przytaczana czasami wiadomość, że krzywicę spotyka się rzadko u mieszkańców strefy północnej (Lapończyków), a to dlatego, że wiadomości te z krajów o nizkiej kulturze są wogóle niedokładne i niepewne.

Widzimy z powyższego, że brak wpływu słońca, przyjęty za przyczynę nieosadzania się wapna, tłomaczy nam wiele faktów z przebiegu krzywicy, niedających się objaśnić dotychczasowemi zapatrywaniami, co przy uwzględnieniu wyników przytoczonego powyżej doświadczenia daje nam dostateczną podstawę do uzasadnienia naszego zapatrywania.

*

Wynik rozbioru chemicznego ciał psów, użytych do naszego doświadczenia, zwraca jeszcze w jednym punkcie na siebie uwagę. Widzimy, że pies chowany w ciemności wykazał znacznie większą ilość chloru 0·347 i sodu 0·529 w porównaniu z 0·162 chloru i 0·211 sodu psa chowanego w słońcu; czyli, że ustrój zwierzęcia z mniejszą ilością wapna zawierał większą ilość chlorku sodu. Spostrzeżenie nasze, pozornie dla patologii krzywicy obojętne, oparte tylko na jednym wyniku badania, nabierze znaczenia i usprawiedliwi wysnuwanie stąd dalszych wniosków, rzucających pewne światło na sprawę krzywicy, jeśli uwzględnimy, że podobny stosunek wapna do chlorku sodu stwierdzany już był kilkakrotnie przez innych autorów.

I tak badania porównawcze prawidłowej i krzywiczej kości, dokonane przez Schabada, wykazały w kości i chrząstce dotkniętej krzywicą wzmożenie zawartości wody, a zmniejszenie ilości suchej substancyi i zmniejszenie ilości wapna.

Krasnogorski wykazał na chrząstce, poddawanej działaniu CaCl i ClNa, że obfitość wody w chrząstce krzywiczej stoi w ścisłym i przyczynowym związku z zubożeniem chrząstki w jony Ca. Stwierdził on, że każde zaburzenie w międzykomórkowej wymianie jonów Ca i Mg, wywołane jakąkolwiek przyczyną, a połączone z wydalaniem jonów Ca i Mg z komórek tkankowych, musi zmieniać w wysokim stopniu zawartość wody w ustroju, stwarza bowiem korzystne warunki do wzmożonego zatrzymania wody w tkankach.

Nie możemy też pominąć milczeniem badań chemicznych Aschenheima, który wskazał na ważność stosunku Ca Mg do Na K, wprawdzie nie w krzywicy, lecz w chorobie klinicznie do krzywicy w pewnym pozostającej stosunku, t. j. w spazmofilii.

Nie wolno nam przejść obojętnie koło tych wyników badań. Musimy stwierdzić, że między zubożeniem ustroju w jony Ca a zatrzymaniem wody w ustroju, a więc wzmożeniem soli, zachodzi ścisły związek. Jeśli związek ten stwierdzony został w przypadkach rozwiniętej krzywicy, jeśli nadto wykazano, że każde wydalanie jonów Ca stwarza korzystne warunki do wzmożonego zatrzymania wody, a więc soli w tkankach, to nie ulega wątpliwości, że odgrywać on też musi pewną rolę w warunkach p o w s t a w a n i a t e j c h o r o b y. Krzywica zatem jest stanem patologicznym, w którym jony Ca nie osadzają się w tkance kostnej i opuszczają ustrój, natomiast zatrzymane zostaje NaCl. Innemi słowy do rozwinięcia się zmian krzywiczych w ustroju potrzeba spełnienia dwóch warunków, t. j. nieosadzania się wapna, a zatrzymania soli. Możemy przypuszczać, że jeśli jeden z tych warunków nie może być spełniony, krzywica się nie może rozwinąć. N i e m o ż e w i ę c s i ę o n a r o z w i n ą ć w t e d y, j e ś l i w u s t r o j u n i e m a w a r u n k ó w d o z a t r z y m a n i a o d p o w i e d n e j i l o ś c i w o d y, a w i ę c, j e ś l i u s t r ó j t e n n i e r o z p o r z ą d z a d o s t a t e c z n y m z a p a s e m c h l o r k u s o d u.

Zapytajmy teraz, czy przypuszczenie to może znaleść usprawiedliwienie w spostrzeżeniach klinicznych, czy są stany chorobowe, w których brak jest chlorku sodu w ustroju i czy w stanach tych nie spotykamy się z krzywicą. Wiadomo powszechnie, że dzieci wyniszczone, atroficzne, nie ulegają krzywicy. Każdy z klinicystów zna dobrze ten obraz dziecka z przewlekłą dyspepsyą lub dekompozycyą, wyniszczonego do ostatnich granic, a jednak o kośćcu wolnym od krzywicy. Wynika to również z badań Lesagea, który w kościach czaszki takich dzieci nie znalazł nawet śladów krzywicy. Z drugiej strony wiadomo nam znów, że krzywicy ulegają przeważnie dzieci z dobrym apetytem, ponad zwykłą miarę przybierające na wadze, przekarmiane, tłuste. Zjawisko to wytłomaczymy łatwo, jeśli uwzględnimy warunki przyswajania soli u jednej i drugiej kategoryi dzieci.

Mayerhofer i Pribram wykazali, że błona jelit zwierzęcia, dotkniętego przewlekłem cierpieniem przewodu pokarmowego, o wiele mniej przepuszcza soli, niż błona zwierzęcia zdrowego lub tylko dyspeptycznego. Objawy kliniczne stwierdzane u dzieci, dotkniętych atrofią, uprawniają nas do przypuszczenia, że przewód pokarmowy tych dzieci wyniszczonych znajduje się w stanie takiego upadku, że nie jest zdolny do przyswajania ani składników organicznych ani nieorganicznych, mineralnych w dostatecznej ilości. Ich przewód pokarmowy nie wchłania też chlorku sodu i gdy u dziecka zdrowego lub nawet dyspeptycznego możemy sztucznie zapomocą wewnętrznego podania soli (lub pożywienia w tę sól obfitującego, np. przez dodatek mleka krowiego do mleka kobiecego), — wywołać przybytek na wadze, nie uzyskamy tego przybytku u dziecka atroficznego.

Dziecko atroficzne zatem źle przyswaja chlorek sodu, ustrój nie posiada tyle tej soli, ile koniecznie jej potrzeba dla zatrzymania wody w nowowytworzyć się mającej niewapniejącej tkance. Wobec braku w tym ustroju NaCl nie mogą być jony Ca wydalone, niema zatem w tym ustroju koniecznych warunków do powstania krzywicy i dlatego kościec atrofików pozostaje wolny od tej choroby.

Widzimy zatem, że zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak i wyniki badań doświadczalnych, uprawniają nas do wyrażenia zapatrywania, iż zatrzymanie wody w niezwapniałej tkance kostnawej jest nieodzownym warunkiem rozwinięcia się krzywicy, a niemożność spełnienia tego warunku w ustroju powstrzymuje wytwarzanie się zmian w kościach.

Czy przypuszczenie to jest słuszne i czy dadzą się stąd wyprowadzić dalsze wnioski, ważne dla patologii i dla leczenia krzywicy, pokaże wynik doświadczeń kontrolnych, które zamierzamy przeprowadzić.

Piśmiennictwo. (Przytoczono tylko prace autorów, wspomnianych imiennie w tej pracy).

1) Aschenheim i Kauheimer: Ueber den Aschegehalt der Muskulatur bei Rachit. (Monatschr. f. Kinderheilk. X. 1911). — 2) Aschenheim: Ueber d. Aschgehalt in den Gehirnen Spasmophiler. (Monatschr. f. Kinderh. IX. 1910). — 3) Bahrdt: Untersuchungen üb. das Symptom d. Seifenbild. u. d. Ausscheid. d. Basen im Darm d. Saügl. (Jahrb. f. Kinderh. 71. 1910). — 4) Birk: Unters. üb. d. Wirk. des Phosph-Lebertrans i t. d. (Monatschr. f. Kinderh. VII.). — 5) Freund: Zur Kenntniss des Fett- u. Kalkstoffw. im Saügl. (Biochem. Zeitschr. 16. 1909). — 6) Fischl: Was lehrt mein Rachitismaterial. (Zeitschr. f. Kinderh. IV. Z. 5. 1912). — 7) Krasnogorski: Ueber die Wirk. der Ca jonen auf d. Wasseradsorption itd. (Jahrb. f. Kinderh. 70). — 8) Lehnerdt: Warum bleibt das rachitische Knochengewebe unverkalkt? (Ergebnisse der inn. Med. u Kinderheilk. VI). — 9) Lesage: Ueber den Schädel bei Atrophie (Monatschr. f. Kinderh. XI. 1912. Sprawozdanie z paryskiego kongresu). — 10) Mayerhofer i Pribram: Das Verhalten d. Darmwand als osmotische Membran itd. (W. kl. Wochenschr. XXII. 25. 1909). — 11) Morpurgo: Durch Infektion hervorger. mal. u. rach. Skelettver. (Zentrbl. f. allg. Path. XIII. 1902). — 12) Oppenheimer: Unt. u. Beob. zur Aetiol. d. Rach. (Arch. f. kl. Med. 30. 1882). — 13) Peiper: Ueber Rachitis in Deutsch-Ost Afrika. (Zeitschr. f. Kinderh. LV). — 14) Rothberg: Ueber d. Einfl. d. org. Nahrungskomp. a. d. Kalkumsitd. (Jahrb. f. Kinderh. 66. 1907). — 15) Schabad: Der Kalk in der Path. der Rach. (Berl. klin. Woch. 1909). — 16) Schmorl: Die pathol. Anat. der rach. Knochenerkr. (Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderh. IV). — 17) Wieland: Specielle Pathol. d. Bewegungsappar. im K. (Handb. d. allgem. Path. u. pat. Anat. 1913).

Przypadek pęknięcia wodogłowia podczas porodu.

Podał

Dr Władysław Dziewoński (Kęty).

Dnia 3. II. 1913 zawezwany zostałem do rodzącej K M., zamieszkałej w K.

Z wywiadów dowiedziałem się, że nigdy nie chorowała, kiły nie przebywała, napojów wyskokowych nie używa, natomiast mąż ich używa. W 15. roku życia wystąpiła po raz pierwszy regularność, która powtarzała się w odstępach 4-tygodniowych, trwając przez 3 dni, bez większych dolegliwości. Zatrzymania jej, pomijając ciąże, nigdy nie było. W 26. roku życia, a więc przed 14 laty, wyszła K. M. za mąż. Rodziła 8 razy; przy drugim porodzie bliźnięta, razem przeto 9 dzieci, z których żyje dwoje. Porody odbywały się prawidłowo bez pomocy lekarskiej, tylko podczas piątego porodu, przed 7 laty, byłem zawezwany z powodu przeciągania się porodu. Stwierdziłem wówczas położenie czołowe i pozostawiłem poród siłom natury. Urodzone wówczas dziecię płci męzkiej dotknięte było wodogłowiem średniego stopnia i rozszczepieniem kręgosłupa w okolicy lędźwiowej z guzem wielkości pięści (rhachischisis posterior partialis). Dziecię to żyło przez dobę.

Obecnie ostatniej regularności chora nie pamięta; również nie pamięta, kiedy po raz pierwszy poczuła ruchy płodu; sądzi, że rodzi na czasie. Pierwsze bóle porodowe wystąpiły 3. II. 1913 około 3 rano; wody odpłynęły około 5 rano. Ponieważ bóle w zupełności ustały, położna na chwilę odeszła do domu, rodząca zaś wstała i zajęła się gotowaniem śniadania, sądząc, że poród jeszcze dłużej, może parę dni się odwlecze z powodu zupełnego ustania bólów porodowych. Gdy wkrótce nadeszła położna, stwierdziła położenie poprzeczne i poleciła natychmiast wezwać lekarza.

Przybywszy około 11 rano, znalazłem stan taki. Kobieta dobrze zbudowana, miernie odżywiona, cera żółtawo blada, w narządach wewnętrznych niema żadnych zmian ważniejszych, ciepłota prawidłowa, tętno 88, regularne. Powłoki brzuszne dość cienkie, wiotkie; macica rozlana na boki, sięga dnem na 3 palce powyżej pępka. Obmacaniem nie można określić położenia płodu, a w szczególności nie można wybadać główki. Tętna płodu nie słychać. Ruchy płodu czuła rodząca jeszcze w początku porodu, od $^1/_2$ godziny ich jednak nie czuje.

Poleciłem ułożyć rodzącą na łóżku poprzecznem, aby po odpowiedniem odkażeniu części rodnych i rąk w razie położenia poprzecznego płodu i pomyślnych warunków natychmiast dokonać obrotu.

W górnej części pochwy znalazłem rączkę prawą, a we wchodzie ruchomy i dający się unieść ku górze bark prawy, przy zupełnie rozwartem ujściu zewnętrznem macicy. Wobec pomyślnych dla obrotu warunków natychmiast wprowadziłem rękę do macicy i dokonałem obrotu na nóżkę prawą. Wobec bladości nóżki, braku odruchu stopowego, braku tętna płodu i ruchów, nabrałem przekonania, że płód już nieżywy i postanowiłem ukończenia porodu nie przyspieszać. Bóle zjawiały się rzadko i były słabe, poród zwolna postępował, aż wreszcie ukazał się pośladek prawy, a od strony brzuszka płodu ku kości krzyżowej rodzącej pępowina cienka, nie tętniąca. Po pewnym czasie wytoczyły się pośladki, za niemi lewa nóżka. Uchwyciwszy za obie nóżki, ściągnąłem zwolna podczas bólu płód po pępek, poczem z łatwością uwolniłem obie rączki, leżące w pochwie. Po wytoczeniu obu rączek wprowadziłem palce ręki lewej do pochwy celem dojścia do ust płodu w zamiarze wytoczenia główki, a wprowadziwszy palce do ust płodu, uchwyciłem od zewnątrz palcami ręki prawej karczek i barki płodu i czekałem na ból, by wtedy dokonać pociągania. Po chwili pojawił się ból, i to silny. Zaledwie podczas niego rozpocząłem pociągać, — zaznaczam — nie forsownie, nie silnie, lecz słabo, doznałem uczucia (znanego operującym), jakiego doznaje się, gdy główka największym obwodem przechodzi przez wchód miednicy, równocześnie poczułem jakby się coś przerwało i w tej chwili obfita ilość cieczy, barwy bursztynowej, szerokim strumieniem wylała się z pochwy na zewnątrz, a w wejściu do pochwy ukazała się bródka płodu. Wszystko to trwało mgnienie oka. Z łatwością wytoczyłem główkę i wtedy przedstawił się mym oczom zgoła niezwykły obraz.

Stwierdziłem wodogłowie znacznego stopnia, rozległe pęknięcie części miękkich czaszki i rozszczepienie kręgosłupa w części piersiowej. Wodogłowie było znacznego stopnia; wielkość bowiem główki równała się wielkości głowy dorosłego człowieka. Mierzenie obwodu główki było bezcelowe z powodu wylania się treści płynnej po pęknięciu, niektóre jednak jej wymiary dają pojęcie o jej znacznej wielkości; i tak: ukośny wymiar ciemiączka dużego czyli odległość od prawej kości czołowej do lewej ciemieniowej 5 cm., tak samo od lewej kości czołowej do prawej ciemieniowej. Odległość brzegu kości ciemieniowej prawej od brzegu kości czołowej czyli szerokość błoniastego ich połączenia w szwie wieńcowym 2 cm., po lewej rozdarcie; odległość między kośćmi ciemieniowemi w szwie strzałkowym 3 cm. Wymiar kości ciemieniowej z przodu ku tyłowi 11 cm., od góry ku dołowi 10 cm. Kość czołowa, w środku zrośnięta, nie przedzielona wzdłuż na dwie połowy, natomiast kość potyliczna wzdłuż grzebienia potylicznego (crista occipitalis) podzielona na dwie części błoniasto spojone. Ciemiączko małe znacznie większe od ciemiączka dużego prawidłowego płodu. Wszystkie kości sklepienia czaszki nader cienkie, stosunkowo najgrubszą i najtwardszą jest kość czołowa.

Pęknięcie, czyli przedarcie główki dotyczy skóry czaszki i opony twardej.

Długość pęknięcia skóry wynosi 35 cm. Rozpoczynając się na czole po lewej stronie w ten sposób, że na $1^1/_2$ cm. nie dochodzi do linii środkowej czoła, biegnie pęknięcie tuż powyżej uszka lewego ku tyłowi i dołowi, w oko-

licy potylicznej wznosi się ku górze i stronie prawej, kończąc się mniej więcej w środku kości ciemieniowej prawej. Skóra główki bardzo cienka. Prócz znacznego rozdarcia skóry, nastąpiło jej oddzielenie od sklepienia czaszki. Pęknięcie czaszki przebiega wzdłuż szwów tak, że uległy przedarciu szwy, łączące kość ciemieniową lewą z kością czołową, skalistą i potyliczną, czyli nastąpiło oddzielenie tej kości z 3 stron w ten sposób, iż połączenie jej z resztą kości tylko w szwie strzałkowym zostało utrzymane. Inne połączenia kości, jak wreszcie same kości nie uległy pęknięciu. Przedarcie opony twardej znajduje się w miejscu połączenia kości ciemieniowej lewej z potyliczną i ma 8 cm. długości; biegnie ukośnie od lewej strony ku tyłowi i dołowi ku kości potylicznej i jest prostolinijne. Opona twarda oddzielona od sklepienia czaszki.

Wnętrze czaszki przedstawia się jako wielka pusta jama, której małą część zajmuje zniekształcony mózg wielkości pięści, miękki, leżący na podstawie czaszki w przedniej jej części.

Mechanizm przedarcia główki łatwo zrozumieć: skutkiem działania trzech sił, t. j. silnego skurczu macicy, pociągania ręką i ucisku na główkę przez pierścień kostny miednicy nastąpiło podwyższenie i tak już z powodu wodogłowia znacznego ciśnienia czaszkowego, co wywołało przedarcie ścieńczałych, a więc mało odpornych części miękkich czaszki. Okoliczność ta była dla przebiegu porodu i rodzącej korzystną, spowodowała bowiem szybkie ukończenie porodu; dla płodu zaś spotworniałego i obumarłego była bez znaczenia.

Płód, płci żeńskiej, nosi wszelkie cechy płodu donoszonego, długość jego od piętki do guza potylicznego wynosi 55 cm., obwód barków 35 cm.

Rozszczepienie kręgosłupa (rhachischisis posterior partialis) długości 5 cm., znajduje się w części piersiowej kręgosłupa. Po obu bokach rozszczepienia wyczuć można paciorkowate zgrubienia, odpowiadające niezrośniętym łukom kręgów. Rozszczepienie pokryte jest guzem wielkości mniej więcej połowy mandarynki, złożonym z tkanki obficie unaczynionej, barwy ciemno-wiśniowej. Po przedarciu guza nic nie wypłynęło; mały palec z łatwością wchodzi przez otwór rozszczepienia do kanału kręgowego w kierunku części szyjnej kręgosłupa.

Przypadek ten jest z dwóch względów zajmujący. Ta sama matka powiła przed 7 laty dziecię, dotknięte dwiema takiemi samemi wadami rozwojowemi, t. j. wodogłowiem i rozszczepem tylnym częściowym kręgosłupa.

Jak poprzednio, tak i obecnie dziecię było donoszone; poprzednie dziecię płci męzkiej urodziło się żywe i po 24 godzinach zmarło; obecne dziecię płci żeńskiej obumarło już w ciągu porodu. U poprzedniego dziecięcia wodogłowie było mniejsze, niż u obecnego, natomiast rozszczepienie kręgosłupa, znajdujące się w części lędźwiowej, znacznie większe od rozszczepienia u obecnego dziecka, gdzie to rozszczepienie znajduje się w części piersiowej kręgosłupa, co należy do rzadkości.

Przypadek ten mógłby budzić wreszcie zajęcie ze względów sądowo-lekarskich. Pęknięcie ścieńczałych powłok wodogłowia może bowiem nastąpić nietylko na główce następującej, jak w danym przypadku, lecz także i na główce przodującej, a w razie tajemnego porodu mogłoby ze strony nielekarskiej ściągnąć na matkę ciężki zarzut dzieciobójstwa.

Oceny i sprawozdania.

Ciała promieniotwórcze na usługach medycyny.

Sprawozdanie poglądowe[1])

podał

Dr Tadeusz Tempka.

Przez promieniotwórczość (radioactivitas) rozumiemy zdolność wysyłania specyalnych promieni. Nie ulega wątpliwości, że zdolność ta jest wspólną własnością wszelkiej materyi, zawsze bowiem można wykazać ślady promieniotwórczości na każdem prawie miejscu skorupy ziemskiej, w wodzie morskiej, w opadach atmosferycznych i powietrzu. Jednakże ciałami promieniotwórczemi w ścisłem tego słowa znaczeniu nazywamy te substancye, które zdolność tę posiadają w wybitnym stopniu; do ciał tych należą wykryte pod koniec ubiegłego stulecia uran, rad, rado-ołów, (Radioblei), polon, aktyn, tor; z tych polon i rado-ołów okazały się nie osobnymi pierwiastkami, lecz substancyami pochodnemi od radu.

Rad, który pierwszy z tych pierwiastków znalazł zastosowanie w medycynie, wykryty został jako chlorek radu. Ma on osobne widmo i osobne miejsce w systemie peryodycznym pierwiastków. Sole jego świecą w ciemności, a nadto wytwarzają stale ciepło, tak, że ich ciepłota jest zawsze o kilka stopni wyższa od ciepłoty otoczenia. Przyczyną tej własności ma być energia kinetyczna promieni. Najważniejszą jednakże cechą, która rad i wogóle ciała promieniotwórcze wprowadziła do terapii, jest zdolność wysyłania specyalnych promieni i wytwarzania specyalnego gazu, t. zw. emanacyi. Gdy zjawiska natury optycznej, termicznej, elektrycznej i magnetycznej tłómaczy nam teorya undulacyjna, t. zn., że wyłączamy istnienie jakiegoś fluidu, czy to elektrycznego, czy to magnetycznego, a przyjmujemy natomiast za przyczynę tych zjawisk drgania eteru kosmicznego[2]), to wykrycie ciał promieniotwórczych zapoznało nas z promieniami zupełnie odmiennego rodzaju; polegają one bowiem na ustawicznem wysyłaniu przez te ciała drobniuchnych cząsteczek, nadzwyczaj szybko się poruszających, a będących produktem ciągłego rozpadu ich atomów. Ponieważ tłómaczenie to ma podstawę materyalną, więc też promienie te nazywamy korpuskularnymi, czyli wróciliśmy do teoryi emisyjnej Newtona. Przez badanie ich w polu elektrycznem lub magnetycznem, stwierdzamy obecność czterech rodzajów promieni, a to wskutek rozmaitego zboczenia od pierwotnego kierunku; oznaczamy je literami α, β, γ, δ. Cząsteczki promieni α, posiadające dodatni nabój elektryczny, stają się po oddaniu tego naboju atomami gazowego pierwiastka helu. Ten rodzaj promieni ulega tylko nieznacznemu zboczeniu w polu magnetycznem, posiada bardzo małą zdolność przenikania przez ciała stałe, przyczem doznaje rozprószenia i traci znacznie na szybkości, która wynosi $^1/_{20}$—$^1/_{10}$ szybkości promieni świetlnych[3]). Promienie β, których cząsteczki posiadają nabój elektryczny ujemny, ulegają w polu magnetycznem zakrzywieniu w przeciwnym kierunku, niż promienie α i to w znacznie większym stopniu; szybkość ich dorównuje czasem szybkości światła i dlatego też i ich zdolność przenikania przez ciała stałe jest znacznie większą,

[1]) Według referatu, wygłoszonego na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza w dniu 2. maja 1913.

[2]) Wyrazem wspólnej zasady wszystkich tych zjawisk jest teorya elektromagnetyczna powstawania światła (Faraday-Maxwell).

[3]) Szybkość promieni świetlnych wynosi 300.000 km. na sekundę.

niż poprzednich. Oprócz tych promieni β jest jeszcze drugi ich rodzaj, odznaczający się bardzo małą szybkością ($^1/_{100}$ szybkości promieni światła); nazywamy je miękkimi promieniami β, lub promieniami δ.

Ostatniemu rodzajowi promieni, promieniom γ, znaczna część badaczy nie przyznaje natury korpuskularnej, lecz przyjmuje za źródło ich powstawania uderzanie cząsteczek promieni β o molekuły ciała promieniotwórczego. Miałyby więc one dużo wspólnego z promieniami Röntgena, które powstają pod wpływem uderzania promieni katodowych, a więc korpuskularnych, o antykatodę, która przez to zostaje pobudzona do wywoływania elektromagnetycznych drgań eteru. Promienie γ nie ulegają wcale zboczeniu pod wpływem pola magnetycznego i mają największą zdolność przenikania przez ciała stałe, znacznie większą, niż promienie X. Wysyła je właściwie nie rad sam, lecz jeden z produktów rozpadu emanacyi, mianowicie rad C.

Wszystkie rodzaje promieni cechują się zdolnością wywoływania fluorescencyi, brakiem załamania, odbicia i polaryzacyi, a nadto zdolnością jonizowania gazów. Na tej własności jonizowania zasadza się najczulsza i powszechnie dziś stosowana metoda oznaczania promieni ciał promieniotwórczych. Polega ona natem, że naładowany elektroskop ulega rozbrojeniu znacznie szybciej, lub natychmiast, gdy w jego pobliżu znajduje się ciało promieniotwórcze.

Oprócz promieni wytwarza rad stale t. zw. emanacyę radową[4]); jestto gaz o ciężarze gatunkowym 221, a więc największym z pośród ciężarów dotychczas znanych gazów. Emanacya wysyła promienie α, jonizuje powietrze, w ciemności przedstawia się czasem jako świecąca mgła. Aktywność jej w ciągu niecałych czterech dni zmniejsza się o połowę, długość zaś życia wynosi średnio 5·3 dnia. Przy zetknięciu się z ciałami stałemi wytwarza na nich osad o własnościach promieniotwórczych. Osad ten, t. zw. promieniotwórczość indukowania, nie jest substancyą jednolitą, lecz ulega szeregowi przemian; przychodzi mianowicie kolejno do wytworzenia radu A, B, C, D, E^1, E^2 i polonu. Ostatecznym nieczynnym produktem tej przemiany jest prawdopodobnie ołów. Tak więc wytworem rozpadu emanacyi są promienie α i promieniotwórczość indukowana.

Co się tyczy działania promieni radu na tkanki ludzkie i zwierzęce, to jest ono naogół podobne do działania promieni Röntgena; przy miejscowem działaniu wstrzymują one czynności fizyologiczne, a w silniejszych dawkach niszczą je. Skóra zdrowa n. p. oddziaływa, zależnie od czasu i siły naświetlania, zaczerwienieniem, ubytkiem naskórka, tworzeniem się pęcherzy, owrzodzeniem i wreszcie martwicą; zmiany te pojawiają się dopiero w 2. lub 3. tygodniu po naświetleniu i w kilku następnych tygodniach osiągają szczyt nasilenia. Stwierdzono dalej jako skutek działania promieni azoospermię przy naświetlaniu jąder, rozległe zmiany martwicze nabłonków nerkowych u królika; działaniem na mózg i rdzeń świnek morskich wywoływano drgawki, porażenia, a nawet śmierć. Drobnoustroje doznają pod wpływem promieni zahamowania we wzroście, a przy silniejszych dawkach giną; działanie to skłonni są niektórzy odnosić do wody utlenionej (H_2O_2), która powstaje przy rozkładzie wody pod wpływem promieni β. Bardzo wybitny jest wpływ wszystkich trzech rodzajów promieni na fermenty; czynność zaczynów ulega bowiem pod ich wpływem silnemu wzmożeniu. Tyczy się to wszystkich fermentów, a więc także i fermentów autolitycznych (Neuberg, Wohlgemuth, Loeventhal i i.). Lecytyna ulega rozkładowi pod wpływem samych promieni, t. zn. bez pośrednictwa fermentów. Wskutek tego możnaby uważać lipoidy za jeden z punktów zaczepnych dla promieni radu przy ich niszczącem działaniu na tkanki. Prawdopodobnie takich punktów jest więcej, tak, że sumowanie się tych rozmaitych zmian wstecznych wywołuje wreszcie śmierć komórki (R. Werner, Schwarz, Orłow, Mesernitzky).

W przeciwieństwie do promieni jest działanie emanacyi o wiele łagodniejsze, niemniej jednak wybitne. W niektórych przypadkach zauważano jej miejscowe działanie, objawiające się jako przewlekłe zapalenie skóry (dermatitis). W zwykłych dawkach leczniczych działania bakteryobójczego emanacya nie posiada; tak n. p. Jansen uzyskał wyjałowienie hodowli prątka krwawego (bac. prodigiosus) przy tak silnych dawkach emanacyi, jakie praktycznie nigdy w grę nie wchodzą. Nie zauważono również żadnego działania antytoksycznego, ani też wpływu na lecytynę. Natomiast podnieca emanacya w wybitnym stopniu czynność wszelkiego rodzaju fermentów; czynnikiem tutaj działającym są promienie α. Nadmienić należy, że autoliza tkanek chorych odbywa się pod wpływem emanacyi znacznie szybciej, niż zdrowych.

Oprócz tych zasadniczych własności biologicznych posiadają tak promienie, jak emanacya, jeszcze cały szereg innych, które omówię bliżej przy rozpatrywaniu stosowania obu tych czynników w leczeniu poszczególnych cierpień.

Dla lekarza mają znaczenie przedewszystkiem promienie i emanacya. Promieniotwórczość indukowana, którą niektórzy (Schramek, Fernan, Zarzycki) stosowali tak w postaci wstrzykiwań, jak i naświetlania, ma, stosowana bezpośrednio jako taka, o tyle mniejsze znaczenie, że wchodzi w grę zawsze tam, gdzie stosujemy emanacyę, gdyż jest wytworem jej rozpadu; działanie jej jest zresztą podobne do działania promieni radu.

Ponieważ każdy z trzech rodzajów promieni odznacza się odmienną zdolnością wnikania w głąb tkanek i odmiennem wskutek tego nasileniem działania, więc wynikła z tego konieczność stosowania innych promieni przy zmianach powierzchownych, a innych przy zmianach głębszych. Do uzyskania oddzielnego działania poszczególnych gatunków promieni służą różnego rodzaju filtry, t. zn. substancye, posiadające w mniejszym, lub większym stopniu zdolność pochłaniania słabszych promieni, a przepuszczania twardszych. Najpowszechniej używanymi filtrami są płytki gumowe, mające $^1/_2$ mm. grubości, płytki glinowe (aluminiowe), srebrne i ołowiane od $^1/_2$—1—2 mm. grube, a nadto wata; same wreszcie ściany rurek lub kapsułek, zawierających ciało promieniotwórcze, działają już jako filtry. Im głębiej leży tkanka, na którą mamy działać, tem silniejsza musi być filtracya, do czego najlepiej się nadają płytki ołowiane; im zaś silniejsza filtracya, t. zn. im mniej promieni przepuszczamy, tem dłuższy musi być czas naświetlania. Ochronnie przeciw działaniu promieni na skórę działa także miejscowe niedokrwienie, które wywołuje się przez wstrzykiwania adrenaliny, oczywiście, o ile nie chodzi o naświetlanie zbyt wielkiego pola. Na daną tkankę można działać z jednego miejsca, lub też z kilku naraz, stosując t. zw. »feu croisé« (Kreuzfeuer). Ciało promieniotwórcze, którem jest zwykle bromek radu, znajduje się albo w zatopionej rurce szklanej lub metalowej, albo w kapsułkach z rozmaitego materyału. W innych przypadkach, zależnie od miejsca, na które mamy działać, używamy rozmaitego rodzaju przyrządów, n. p. w laryngologii mających kształt wzierników krtaniowych, w okulistyce płytek, a powleczonych w odpowiedniem miejscu pastą radową, składającą się z warstwy ciała promieniotwórczego, pokrytej werniksem. Osobny przyrząd sporządzono do naświetlania raka przełyku. Niemcy nazywają wszystkie te przyrządy ogólnie »Radiumträger«.

Jak z tych kilku uwag widać, technika stosowania promieni jest bardzo zawikłana i w nieumiejętnych rękach może wyrządzić wiele szkody. Dlatego też słuszne są żądania, aby leczenie promieniami radu stosowane było przez specyalistów.

Ciał promieniotwórczych użyto naprzód przeciw licznym cierpieniom skóry, i jakkolwiek wyniki nie były

---

[4]) Niton (Ramsay).

zbyt świetne, należy jednak przyznać, że bardzo często to leczenie okazało się skuteczne nawet tam, gdzie zawiodły promienie X. Przy bliznowcach (keloidach), naczyniakach, wszelkiego rodzaju znamionach barwikowych, trądziku, uzyskano zupełne wyleczenie; przy wyprysku, świądzie (pruritus), świerzbiączce (prurigo), przeczulicach wskutek półpaśca (herpes zoster), trądowych zmian nerwów i in. uwydatniło się przedewszystkiem działanie kojące (Kromayer, Wickham). Natomiast wpływ promieni na gruźlicę skóry i błon śluzowych okazał się słabszy; opisano jednak szereg przypadków o bardzo dobrych wynikach. Tak np. Ousten uzyskał przy toczniu błony śluzowej gardła i nosa skutki znacznie lepsze, niż przy stosowaniu wszelkich innych sposobów; zwłaszcza ból przy niektórych formach owrzodzeń ustępował bardzo szybko, ostateczny jednak wynik ukazywał się dopiero w 2—3 miesięcy.

Miejscowe działanie promieni użyte zostało także w okulistyce. Szczególnie dobre wyniki osiągnięto przy sprawach bliznowatych i przy owrzodzeniach tak powiek, jak i rogówki. Blizny stawały się miękkie i nie ulegały zaciąganiu. Szkodliwego działania, oprócz czasem nieznacznego przejściowego zaczerwienienia i obrzęku spojówki, nie zauważono (Lawson, Davidson, Koster, Cath). Natomiast wyniki przy jaglicy były nieszczególne, w każdym razie ani nie lepsze, ani nie szybsze, niż przy leczeniu sinym kamieniem i lapisem (May, Hertel).

Stanowczo jednak najszersze zastosowanie znalazły ciała promieniotwórcze w leczeniu nowotworów, i to przedewszystkiem nowotworów złośliwych, a więc raka i mięsaka. Wielki krok naprzód na tem polu zrobili Czerny i Caan, którzy wprowadzili śródnowotworowe wstrzykiwanie nierozpuszczalnych soli radowych; wytwarzali bowiem przez to w środku guza nowotworowego długotrwałe źródło wszystkich 3 rodzajów promieni i emanacyi. Jeszcze dalej poszli Falk i Sticker. Wychodząc z doświadczeń Ferd. Blumenthala, które wykazały, że trypsyna niszczy komórki rakowe nietylko »in vitro«, ale także wprowadzona do ustroju powoduje rozmiękanie, a czasem nawet znikanie ognisk nowotworowych, starali się Falk i Sticker podnieść to działanie trypsyny przez połączenie jej z węglem; węgiel bowiem oprócz zdolności wiązania gazów i działania antytoksycznego, posiada jeszcze w wysokim stopniu własność chłonienia trypsyny. Połączenie to, t. zw. karbenzym, okazywało znacznie silniejsze, bo skoncentrowane niejako działanie trypsyny. Ponieważ zaś dalej okazało się, że tak sam węgiel, i to zwłaszcza roślinny, jak i karbenzym bardzo silnie chłoną emanacyę radową, sporządzili Falk i Sticker preparat, będący połączeniem karbenzymu z rozpuszczalnemi solami radu, który nazwali »carboradiogenum trypticum«. Przetwór ten nadaje się zarówno do użytku zewnętrznego, np. w formie proszku przy przewlekle przebiegających owrzodzeniach, jak i wewnętrznego, ze względu na swą rozpuszczalność. Przez połączenie zaś karbenzymu z nierozpuszczalnemi solami radu uzyskali Falk i Sticker połączenie, nazwane »carboradiogenolum trypticum«, nadające się do wywierania długotrwałego działania promieniotwórczego, a więc przedewszystkiem do wstrzykiwania śródnowotworowego. Wskutek tedy złączenia w jednym przetworze, dzięki wysokiej zdolności chłonnej węgla, większych ilości trypsyny i soli radowych, uzyskuje się z jednej strony silniejsze działanie trypsyny i wogóle wszystkich fermentów ustroju wskutek podniecającego działania radu, z drugiej zaś strony i silniejsze działanie samego radu, który się znajduje w preparacie w większem zagęszczeniu; działanie tych połączeń trwa, jak wykazały doświadczenia na zwierzętach, całe miesiące.

Wyniki leczenia nowotworów złośliwych promieniami radu, czy to naświetlaniem, czy to przez wstrzykiwanie soli radowych do wnętrza guzów nowotworowych, przedstawiają się następująco: Przy powoli rosnących, niewielkich, powierzchownych, a więc o względnie łagodnym przebiegu rakach skórnych, można osiągnąć zupełne wyleczenie (Barbarin, Sticker). Co się tyczy nowotworów o przebiegu w całem tego słowa znaczeniu złośliwym, to ogłoszono w literaturze przypadki, które należy uważać za zupełnie wyleczone, przynajmniej z klinicznego punktu widzenia. Tak np. Exner opisuje cztery przypadki raka policzków, warg i szczęki górnej, w których przez szereg lat, w jednym nawet przez siedem lat, niema nawrotu. Dominici i Chéron uzyskali w paru przypadkach raka gruczołu przyusznego, szyi i macicy zupełne zniknięcie guzów, któryto stan utrzymuje się od trzech do czterech lat. Paschkis opisał przypadek mięsaka gruczołu krokowego, nie nadający się już do zabiegu chirurgicznego; po założeniu przetoki pęcherzowej naświetlał Paschkis bezpośrednio tkankę nowotworową; chory pozbył się bólów, zyskał na wadze, a guz zniknął zupełnie. Paschkis przyjmuje tu zupełne wyleczenie przynajmniej pod względem klinicznym. Sticker przytacza jeden przypadek zupełnie wyleczonego mięsaka gardła. Degrais i Wickham mieli przypadki mięsaka olbrzymiokomórkowego dziąseł (epulis sarcomatosa), prawie zupełnie wyleczone promieniami radu, który to sposób ma tutaj, w stosunku do zabiegu chirurgicznego, zaletę niebolesności i zachowania zębów. Także Finzi wspomina, że w 12% nie nadających się do operacyi raków, guzy nowotworowe zupełnie znikły. Wszyscy ci autorzy nie przesądzają oczywiście możności ewentualnego nawrotu.

Na ogół jednak nie należy się spodziewać doszczętnego wyleczenia przy tej metodzie, prawie zawsze jednak przychodzi do znacznej poprawy w postaci zmniejszania się ognisk nowotworowych, ustępowania bólów, krwawienia, rozkładu gnilnego, owrzodzeń, co wszystko pociąga za sobą ogólną poprawę. Bardzo ważnym czynnikiem jest możność osiągnięcia tą drogą warunków, umożliwiających wykonanie zabiegu chirurgicznego tam, gdzie przed zastosowaniem promieni było to niemożliwe. Tylko w 26% przypadków według Finziego nie następuje żadna poprawa.

Badania histologiczne wykazały, że promienie radu działają w pierwszej linii na komórki nowotworowe, w daleko mniejszym zaś stopniu na tkankę łączną i naczynia. Pod wpływem soli radowych, wstrzykniętych śródnowotworowo, następuje rozmiękanie, a wreszcie rozpuszczenie tkanki nowotworowej, tak, że z twardego poprzednio nacieku można otrzymać dość duże ilości cieczy jasno-żółtej, surowiczej; możnaby więc mówić o wybiórczem (elektywnem) działaniu promieni na komórki nowotworowe.

Jako pewne możemy tedy przyjąć (nie wchodząc bliżej w to, czy działanie ciał promieniotwórczych polega na przemianach mikrochemicznych, czy może jest w związku z czynnością pewnych fermentów), że promienie niszczą wprawdzie tkankę nowotworową, lecz nie chronią przed nawrotem, a nadto, na szczęście rzadko, mogą w słabych dawkach nawet podniecać wzrost nowotworu. Z temi więc zastrzeżeniami możemy postawić dla leczenia ciałami promieniotwórczemi następujące wskazania co do nowotworów złośliwych. W przypadkach nadających się do operacyi doszczętnej rad i wogóle ciała promieniotwórcze nie powinny mieć pierwszeństwa przed nożem. Mają one tutaj znaczenie tylko pomocnicze i jako takie mogą oddać wielkie usługi chirurgowi, już to stosowane przed zabiegiem, przygotowując lepsze dlań pole, już to po zabiegu, stanowiąc jego dopełnienie; mogą one bowiem zniszczyć te resztki, których nóż nie zdołał usunąć. Natomiast wszędzie tam, gdzie nowotwór nie nadaje się do krwawego zabiegu, powinno stosowanie promieni stać się samoistną metodą leczniczą. Odnosi się to naturalnie i do tych przypadków, gdzie sam nowotwór nadaje się wprawdzie do operacyi, lecz gdzie z jakichkolwiek przyczyn jest przeciwwskazanie dla niej. Tak więc chirurg znalazł dzielnego sprzymierzeńca w postaci ciał promieniotwórczych.

Niemniej ważne znaczenie lecznicze zyskał i drugi wytwór radu, t. j. emanacya radowa. Gdy promienie ze względu na energiczne działanie są stosowane przy zmianach miejscowych, to słabszy, raczej podniecający wpływ

emanacyi użyty został przy cierpieniach natury ogólnej. Gaz ten możemy w różny sposób wprowadzać do ustroju. Najczęściej posługujemy się w tym celu błoną śluzową dróg oddechowych, pokarmowych, a nadto stosujemy emanacyę miejscowo, a mianowicie zewnętrznie w postaci kąpieli, okładów, plastrów, maści, czopków, wcierań, wreszcie wstrzykiwań podskórnych tak wody emanacyjnej, jak rozpuszczalnych soli radowych. Naturalnem miejscem wziewania emanacyi jest każde zdrojowisko, posiadające silnie promieniotwórcze wody, te bowiem ciągle wytwarzają emanacyę, która przesyca powietrze. O ile jednak chodzi o wziewanie emanacyi o pewnem oznaczonem zagęszczeniu, lub też o wziewanie jej poza miejscem wód rodzimych, natenczas posługujemy się w tym celu specyalnemi urządzeniami i przyrządami. Niewielki pokój ściśle zamknięty, do którego możemy zapomocą pewnych urządzeń doprowadzić dowolną ilość emanacyi i zarazem usuwać zużyte powietrze, jest właśnie takiem sztucznem emanatoryum; przenośne zaś aparaty o różnych typach, służące do wziewania wytwarzanej w nich emanacyi, otrzymały nazwę emanatorów. Drugi sposób wprowadzania emanacyi do ustroju, to znaczy picie wód zawierających ten gaz, zyskał podstawę w stwierdzeniu, że cały szereg źródeł mineralnych odznacza się silną promieniotwórczością, zależną głównie od obecności emanacyi radowej. Z pośród metod zewnętrznego stosowania pierwsze miejsce zajmują kąpiele w wodzie emanacyjnej. Przy wszystkich tych sposobach możemy się posługiwać zarówno rodzimą emanacyą, jak też i wytworzoną przez fabryczne przetwory promieniotwórcze. Zdania co do skuteczności emanatoryów, kąpieli i picia wód emanacyjnych są bardzo sprzeczne. Większość uważa leczenie w emanatoryach za bardzo dodatnie, nie brak jednak i takich, którzy występują przeciw tej metodzie, uważając ją za bardzo mało skuteczną; piciu wód emanacyjnych zarzucali niektórzy, że emanacya zbyt szybko opuszcza ustrój, inni to samo twierdzą o wziewaniach. Co się tyczy działania kąpieli, to większość, przynajmniej do niedawna, twierdziła, że polega ono jedynie na wziewaniu uwalniającej się podczas kąpieli emanacyi; doświadczenia jednak Engelmanna przemawiają za tem, że emanacya może się dostać do ustroju także przez skórę. Potwierdzeniem tego byłyby wyniki, otrzymane przez Kohlrauscha, Mayera i Schnéego, według których można emanacyę podczas kąpieli wprowadzić do krążenia wprost przez skórę, jeżeli się równocześnie zastosuje prąd elektryczny, np. w kąpieli czterokomorowej (t. zw. »Vierzellenbad«). Wskutek tego należałoby uważać kąpiele za ważny sposób stosowania emanacyi; tyczy się to oczywiście i wszelkich innych metod zewnętrznego jej użycia. Drogą, którą emanacya opuszcza ustrój, są prawie wyłącznie płuca (His). Część bardzo mała ma wydalać się także z moczem (Kalman, Cam, Ramsaner), na co jednak nie wszyscy się zgadzają (Laska). Również i ze stolcem ma opuszczać ustrój pewna nieznaczna część emanacyi (Nagelschmidt, Kohlrausch, Laska). Wydalanie jej odbywa się bardzo szybko, tak, że już w 3—4 godzin po wprowadzeniu jej do ustroju, mocz nie okazuje prawie zupełnie promieniotwórczości; wynika z tego praktyczna wskazówka, aby stosować emanacyę nie naraz, lecz kilka razy dziennie.

Nie obojętne jest także i dawkowanie. Mierzenie emanacyi polega na jej zdolności jonizowania gazów, a więc i powietrza. Jednostką powszechnie dziś przyjętą w Niemczech, jest jednostka Machego, odpowiadająca mniej więcej spadkowi 80 Volt na godzinę (we fontaktoskopie Englera-Sieverkinga). Przyrządy, służące do tych pomiarów, nazywają się emanometrami, względnie fontaktoskopami, o ile służą do mierzenia promieniotwórczości źródeł mineralnych; średnią dzienną dawką leczniczą przy piciu jest 1000—30000 j. M; kąpiele powinny posiadać od 20.000—200.000 j. M., w emanatoryum zaś staramy się o zawartość mniej więcej od 20—1000 j. M. na litr powietrza. Do wstrzykiwań używamy około 1000 j. M. Przy takiem dawkowaniu nie spostrzegano ubocznych ujemnych działań.

Głównem polem stosowania emanacyi są przewlekłe wysiękowe sprawy zapalne, przeważnie narządu ruchowego, i zmiany, polegające na niedostatecznem działaniu fermentów, tutaj bowiem najlepiej uwydatnia się dodatni wpływ emanacyi, dzięki któremu z jednej strony przez podniecenie działania fermentów autolitycznych, względnie heterolitycznych, wessanie wysięków, a z niem także i znikanie bólów postępuje szybciej, z drugiej zaś strony przez taki sam wpływ na wszystkie fermenty ustroju — zostaje zmniejszone, względnie usunięte zachwianie równowagi w przemianie materyi. Prawie wszyscy zgadzają się, że leczenie emanacyą wywiera doskonałe skutki w przewlekłym gośćcu stawów i mięśni, w zniekształtniającem zapaleniu stawów, nerwobólach, jak np. rwa kulszowa, bóle w wiądzie rdzenia (Strasser). W ostatnich czasach zaczęto leczyć w ten sposób z dobrym wynikiem także ostre zmiany gośćcowe przy użyciu wyższych dawek emanacyi (Falta, Noorden).

W wiewiórowem zajęciu stawów uzyskał bardzo dobre skutki Chévrier przez wstrzykiwanie do wnętrza chorego stawu nierozpuszczalnego siarkanu radu (0·02—0·04 mg.), po poprzedniej aspiracyi wysięku. Plate wyleczył również jeden przypadek ciężkiego wiewiórowego zapalenia stawu okładami, zawierającymi substancye promieniotwórcze. Oczywiście w przypadkach obu tych autorów wchodziło w grę także działanie promieni. Natomiast inni nie widzieli podobnie dobrych wyników przy zmianach wiewiórowych (Noorden, Falta). Przy wszystkich tych zmianach w razie pomyślnego wyniku znikają wysięki i bóle, nie ustępują zaś, rzecz prosta, wytworzone już zmiany anatomiczne, jak np. zrosty, przykurczenia i t. p. Dodatnie skutki widziano także przy nieżytowem zajęciu błon śluzowych narządu oddechowego, częścią pod wpływem inhalacyi, częścią zaś przy przepłukiwaniu wodą emanacyjną zajętych jam, jak zatok kości czołowej, szczęki górnej i komórek sitowych. Wsysające działanie emanacyi starano się zużytkować także przy przewlekłych wysiękowych zmianach ginekologicznych (Ekstein). Bardzo szerokie zastosowanie znalazła emanacya przy dnie i to we wszystkich jej formach. Wytłumaczenie tego dodatniego działania dały nam doświadczenia w pierwszym rzędzie Gudzenta. Stwierdził on mianowicie, że kwas moczowy znajduje się w przebiegu dny we krwi we wzmożonej ilości i to w dwojakiej postaci, mianowicie jako sól sodowa o stałych własnościach, mało rozpuszczalna, t. zw. »laktimurat«, która powstaje z izomerycznego połączenia, niestałego, lecz daleko więcej rozpuszczalnego, t. zw. »laktamuratu«. Gudzent dowiódł następnie, że pod wpływem emanacyi następuje utrudnienie zamieniania się formy łatwo rozpuszczalnej w nierozpuszczalną i że naodwrót przemiana formy nierozpuszczalnej w rozpuszczalną jest ułatwiona. Według Gudzenta, dziać się to ma pod wpływem jednego z produktów rozpadu emanacyi, mianowicie radu D, według innych pod wpływem promieni α. Fakta te, bez względu na ostateczną przyczynę, same przez się tłumaczą dodatnie działanie emanacyi przy dnie, być może jednak, że wchodzą tu w grę i inne czynniki, jak np. podniecenie fermentów niszczących kwas moczowy. Nadmienić należy, że badania innych autorów, jak np. Lazarusa, nie potwierdziły jednak wyników Gudzenta.

Przez wzmożenie działania odpowiednich fermentów starano się uzyskać przy pomocy emanacyi wyniki lecznicze przy cukrzycy i otyłości, wyniki jednak dotąd nie są ustalone (Bernstein, Poulson i i.); przy chorobie Basedowa wyniki były zupełnie ujemne (Falta, Noorden, Kocher). Z innych schorzeń polecają jeszcze do leczenia emanacyą krzywicę, zołzy, niedokrwistość, miażdżycę, a nawet gruźlicę (Salzmann, Bernheim).

Za przeciwwskazanie uchodzą dziś w pierwszym rzędzie stany, odznaczające się skłonnością do krwotoków, jak np. krwawiączka, wrzód trawienny żołądka, gruźlica

płuc; nadto do przeciwwskazań należą ciąża, wszelkie schorzenia ostre i zapalenie nerek. Ostrożność zachować należy w przypadkach ciężkiej neurastenii i histeryi, albowiem, zwłaszcza przy leczeniu w emanatoryach, może wystąpić stan bardzo silnego podniecenia. Co się tyczy zapalenia nerek, to w przeciwieństwie do Nagelschmidta, inni nie stwierdzali pogorszenia, owszem zalecają emanacyę jako środek moczopędny, gdy niedowład nerek jest bardzo wybitny (Grin[5]).

Lecznicze działanie emanacyi polega, oprócz już wspomnianych, prawdopodobnie jeszcze i na kilku innych jej własnościach. Stwierdzono mianowicie działanie moczopędne, a nadto nasenne, które zależeć ma od rozszerzenia naczyń mózgowych. Zauważono także i obniżenie ciśnienia tętniczego, co ma znaczenie zwłaszcza przy miażdżycy (Piesch, Loewy). Jako wynik działania emanacyi stwierdzono jeszcze polepszenie zdolności płciowej (Strasser, Gottlieb, Selka), w niektórych zaś przypadkach spostrzegano wystąpienie miesiączki w przebiegu okresu przekwitania, względnie braku miesiączkowania (amenorrhoe).

Wpływ emanacyi na narząd krwionośny objawia się, oprócz wspomnianego już obniżania ciśnienia, także przejściowem wzmożeniem się ilości krwinek białych przy prawidłowym stanie krwi, przy chorobowej zaś leukocytozie— również przejściowym spadkiem ilości krwinek białych do poziomu prawidłowego, lub czasem poniżej niego. Długotrwały wpływ większych ilości emanacyi wywołuje w obrazie krwi zmiany podobne do tych, jakie spotykamy u rentgenologów; cechują się one zmniejszeniem się ilości ciałek obojętnochłonnych, hyperglobulią i powiększeniem istniejącej już eozynofilii.

Stwierdzenie promieniotwórczości w całym szeregu źródeł leczniczych stało się zarazem przyczynkiem do wytłumaczenia ich własności leczniczych. Nie należy jednak twierdzić, że cała ich wartość polega jedynie na obecności ciał promieniotwórczych; równie bowiem ważne są tutaj i inne czynniki, jak ilość i jakość soli, ciepłota, ciśnienie i wpływy natury psychicznej, odgrywające niepoślednią rolę w każdem zdrojowisku.

Podobnie, jak w przebiegu leczenia rozmaitymi zdrojami, tak samo i przy stosowaniu emanacyi występuje w wielkiej liczbie przypadków w pierwszych dniach t. zw. »odczyn«, t. zn. przejściowe pojawienie się, względnie zaostrzenie bólów w chorych narządach. Odczyn ten jest czasem tak silny, że zmusza do przerwania leczenia; ma on znaczenie w rokowaniu, zwykle bowiem te przypadki, które go okazują, kończą się pomyślnie; nie brak jednak wyjątków w obu kierunkach.

Co się tyczy faktu, że wyniki lecznicze nietylko się utrzymują, ale czasem dopiero występują w dłuższy czas po skończonem leczeniu (które nie powinno trwać krócej, niż 4 tygodnie), to polega on na tem, że powstająca z emanacyi promieniotwórczość indukowana utrzymuje się dłuższy czas w ustroju, przez co nagromadza się w nim w większej ilości i w następstwie tego działa leczniczo zbiorowo (kumulatywnie). Być może także, że emanacya działa, jak katalizator, coby wynikało ze stwierdzenia, że źródła o różnej ilościowo promieniotwórczości wywierają takie same skutki.

W ostatnich czasach dwa nowe ciała promieniotwórcze zaczęły wypierać rad z jego dotychczasowego stanowiska, a to z powodu mniejszych kosztów i łatwiejszego sposobu otrzymywania, jakoteż ze względu na równie dobre wyniki leczenia. Ciałami temi są tor X i mesotor. Oba są wytworami przemiany toru. Mesotoru rozróżniamy dwie odmiany; pierwszą nieczynną, zwaną thorium (mesothorium) I, i drugą, wytwarzającą promienie β i γ, która znalazła zastosowanie w medycynie. Nazywamy ją thorium (mesothorium) II. Tor X wysyła promienie α; bezpośrednim jego wytworem jest emanacya toru, która podobnie, jak emanacya radu, wytwarza promienie α, w przeciwieństwie jednak do tamtej już w 54 sekundach traci połowę swej wartości promieniotwórczej. Także i z emanacyi toru powstaje promieniotwórczość indukowana, która jest źródłem wszystkich trzech rodzajów promieni (α, β, γ); ostatnim nieczynnym produktem przemiany promieniotwórczości indukowanej toru jest prawdopodobnie bizmut. Podobnie tedy, jak przy radzie, mamy i tutaj promienie i emanacyę.

Działanie obu tych czynników na tkanki jest na ogół takie samo, jakie spotkaliśmy przy radzie. Natomiast co się tyczy działania na fermenty, to jest ono względem zaczynów autolitycznych podobne do działania radu, względem zaś innych fermentów ma być słabsze; niektórzy zaś nawet żadnego wpływu nie przyjmują.

Tor X wprowadzamy do ustroju w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, podskórnie, śródnowotworowo ($^1/_{100000}$ mg: 1 cm^3), śródżylnie ($^1/_{1000000}$ mg: 1 cm^3), wewnętrznie (per os), przez odbytnicę, wreszcie w postaci wdychania emanacyi. Mesotor stosujemy głównie miejscowo zapomocą płytek, kapsułek lub rurek szklanych, albo metalowych, zawierających sól bromową mesotoru (fabryczny przetwór mesotoru zawiera prawie zawsze rad w stosunku 3 : 1).

Tor X, wprowadzony czy to podskórnie, czy śródżylnie, czy też drogą przewodu pokarmowego, wydala się częścią przez płuca, częścią zaś z moczem i stolcem, a pewna bardzo drobna część i z potem. Wydalanie przez płuca trwa różnie długo, zależnie od wprowadzonej ilości, zwykle jednak przynajmniej parę godzin; 2—4% toru opuszcza ustrój z moczem, i to w przeciągu pierwszych dwu dni, trzeciego dnia bowiem mocz nie okazuje już promieniotwórczości; największa ilość, bo około 20%, wydala się przez przewód pokarmowy mniej więcej w przeciągu czterech dni. Jak z tego widać, około 80% toru zostaje zatrzymane w ustroju i to, jak wykazały badania, przeważnie w kościach i szpiku kostnym. Ze względu na tę znaczną ilość zatrzymanego przez ustrój toru i ze względu na stosunkowo długi okres jego życia (3·64 dni), należy być przygotowanym na działanie zbiorowe (kumulatywne) przy stosowaniu następnych dawek (Kojo, Karczag, Plesch, Brill) Ważnym ze względów praktycznych jest fakt, że część toru, wydalająca się przez błonę śluzową przewodu pokarmowego, drażni ją silnie, dlatego też należy przez podawanie środków przeczyszczających zapobiegać nagromadzeniu się większej ilości toru w jelitach, w każdym zaś razie przed upływem tygodnia nie należy stosować ponownej dawki.

Co się tyczy działania emanacyi toru, to ma ona pod pewnym względem wyższość nad emanacyą radu. Gdy bowiem emanacya radu z powodu znacznej stosunkowo długości życia (5·3 dnia) w wielkiej części niezmieniona opuszcza ustrój, to emanacya toru, która już w 53 sekundach ulega w wybitnym stopniu rozpadowi, wytwarza w daleko większym stosunku promieniotwórczość indukowaną, która pozostaje w ustroju.

Sprawa filtrowania promieni mesotoru przedstawia się tak samo, jak i przy radzie; także i przy dawkowaniu toru przyjęto jednostkę Machego.

Jak promienie radu, tak samo i promienie toru znalazły zastosowanie przedewszystkiem w chorobach skóry i nowotworach; wyniki są mniej więcej te same. Na uwagę zasługuje fakt, że ze zmian skórnych najodporniej zachowywać się mają naczyniaki. Dobre wyniki miano osiągnąć przy łuszczycy.

Także i przy nowotworach złośliwych uzyskano takie same mniej więcej skutki, jak przy stosowaniu promieni radu; jedni zachwalają więcej śródżylne, względnie śród-

---

[5]) Miałem sposobność spostrzegać przypadek rwy kulszowej, gdzie wystąpił białkomocz, prawdopodobnie wskutek podawania licznych przetworów salicylowych. Po podaniu wody radowej białkomocz nietylko się nie zwiększył, lecz zupełnie ustąpił, na co niewątpliwie wpłynęło także i usunięcie środków salicylowych.

nowotworowe wstrzykiwania rozczynu toru X, drudzy zaś widzieli lepsze skutki przy naświetlaniu tkanki nowotworowej mesotorem II. Zmiany, wywołane działaniem promieni w utkaniu nowotworowem, przedstawiają się bardzo ciekawie, w każdym razie nieco inaczej, niż przy stosowaniu promieni radu. W 6—8 dni po zadziałaniu powstaje bardzo silny rozwój tkanki łącznej, która oddziela poszczególne grupy komórek nowotworowych, wywołując w nich przez zniesienie dowozu krwi zmiany wsteczne i wreszcie obumarcie. W następstwie tego powstaje w guzie nowotworowym rozmiękanie i wreszcie samoistne przebicie na zewnątrz; wydobywający się płyn, o charakterze surowiczym, zawiera resztki komórek, dających się jeszcze barwić.

Przy stosowaniu toru przeciw złośliwym nowotworom również nie należy się zazwyczaj spodziewać zupełnego wyleczenia, tylko znacznej poprawy, objawiającej się w podobny sposób, jak i przy użyciu promieni radu. Dlatego też także tor X i mesotor w przypadkach, nadających się do doszczętnego zabiegu, mają tylko znaczenie pomocnicze, samoistną zaś metodę leczniczą powinny stanowić tam, gdzie leczenie chirurgiczne z jakichkolwiek przyczyn jest przeciwwskazane. Z takiemi zastrzeżeniami stosowane promienie toru przeciw nowotworom mają stanowczo wyższość nad promieniami X i wstrzykiwaniami choliny (Caan, Pinkuss, Falta).

Miejscowego działania promieni mesotoru użyto jeszcze w ginekologii, a mianowicie przy krwawieniach macicznych, zwłaszcza w okresie przekwitania. Kapsułkę, zawierającą bromek mesotoru, wprowadza się przez pochwę ile możności jaknajbliżej jajników. W celu ochrony błony śluzowej powleka się kapsułkę srebrną blaszką, działającą jako filter, samą zaś błonę śluzową ochrania się przez wprowadzenie waty, napojonej adrenaliną. Wyniki są podobne, jak przy promieniach Roentgena, wyższość zaś polega na prostszym sposobie stosowania (W. Friedländer).

Gdy przy schorzeniach natury ogólnej stosujemy z przetworów radu przedewszystkiem emanacyę, to z substancyi pochodnych od toru używamy w tym celu w pierwszym rzędzie toru X, w mniejszym stopniu emanacyi toru; mesotoru ze względu na jego silne miejscowe działanie przy tych ogólnej natury wskazaniach wcale nie stosujemy. Tor X wprowadzamy tutaj przeważnie drogą przewodu pokarmowego, rzadziej w postaci wstrzykiwań podskórnych, lub śródżylnych, i to tylko wtedy, gdy chcemy osiągnąć bardzo energiczne działanie. To stosowanie toru X przy wskazaniach właściwych dla emanacyi, ma uzasadnienie z jednej strony w tem, że wytwarza on tylko promienie α, a więc zachowuje się pod tym względem tak samo, jak emanacya, z drugiej zaś strony jest on bezpośredniem źródłem emanacyi; działanie więc toru X, to niejako działanie emanacyi toru.

Z podobnymi na ogół wynikami, jak przy radzie, stosowano tor przy przewlekłych schorzeniach gośćcowych (Bickel, Laqueur), i przy napadowych bólach w wiądzie rdzenia. Przy otyłości spostrzegano w wielu przypadkach spadek wagi z powodu żywszej przemiany materyi. Dobre wyniki widziano i przy dnie z powodu zwiększenia rozpuszczalności moczanów pod wpływem toru, dzięki czemu wzmagało się wydalanie kwasu moczowego i zasad purynowych (Falta, Zehner). W cukrzycy natomiast skutki były zupełnie ujemne.

Z innych działań toru natury ogólnej należy wspomnieć o dodatnim wpływie na chorobowo zmieniony tor oddechowy. Wpływ objawia się tu zwiększeniem głębokości oddechu i ujednostajnieniem rytmu. Nie rozstrzygnięto dotąd, czy zachodzi tu bezpośrednio działanie na ośrodek oddechowy, lub nerw błędny, czy też pośrednio przez poprawienie krążenia, względnie składu krwi. Przy zwiększonem patologicznie ciśnieniu tętniczem zauważono pod wpływem toru znaczny spadek, utrzymujący się całymi tygodniami, w przeciwieństwie do przejściowego działania emanacyi radowej. Ten spadek ciśnienia jest prawdopodobnie wynikiem działania nerwu trzewnego, nie jest jednak wyłączony i wpływ na nadnercza.

Najwybitniejsze, bo prawie swoiste, jest działanie toru na narząd krwionośny, zwłaszcza zaś na ciałka białe. Jak już wspomniałem, około 80% wprowadzonego do ustroju toru zostaje zatrzymane i to przedewszystkiem w kościach i szpiku kostnym. Doświadczenia na zwierzętach wykazały dalej, że krew po stosowaniu toru okazuje wybitną promieniotwórczość, jeszcze zaś większą śledziona i nadnercza. Przy prawidłowej, zwłaszcza zaś przy zwiększonej liczbie ciałek białych następuje nadzwyczaj szybko jej spadek. Badania anatomo-patologiczne u zwierząt, na które działano wysokiemi dawkami toru, wykazały daleko posunięty zanik miąższu śledziony i tkanki adenoidalnej, czasem wybitne zmiany wsteczne w komórkach chromochłonnych (Minami). Nic dziwnego, że na tej podstawie spodziewano się uzyskać przy pomocy toru świetne wyniki w białaczce. Liczne badania, przedsięwzięte w tym celu, wykazały rzeczywiście, że pod wpływem toru X, zwłaszcza wstrzykiwań, następuje bardzo szybko przy obu postaciach białaczki spadek liczby ciałek białych i wybitne zmniejszenie się śledziony i gruczołów chłonnych, a nawet ustępowanie swoistych zmian na dnie oka; wyniki były co najmniej takie, jak przy stosowaniu promieni X, a w wielu przypadkach daleko wybitniejsze. Niestety wyniki te okazały się przejściowe, zaraz bowiem po przestaniu leczenia następował nawrót (Falta, Kriser, Zehner, Kraus, Plesch).

Chciałbym wspomnieć jeszcze o jednym przypadku, w którym pod wpływem leczenia torem X miano uzyskać prawie prawidłowy obraz krwi w przebiegu złośliwej niedokrwistości (Prado Tagle).

Podobnie, jak przy stosowaniu radu, tak samo i w pierwszych dniach leczenia torem pojawia się ów »odczyn«, o którym już miałem sposobność mówić.

Przy stosowaniu toru trzeba postępować wogóle ostrożniej, niż przy radzie. Wymaga tego przedewszystkiem możliwość działania zbiorowego (kumulatywnego) z powodu zatrzymania wielkiej ilości toru w ustroju, a nadto silne działanie na błonę śluzową jelit. Ostrożność tę usprawiedliwiają przypadki, gdzie w przebiegu leczenia torem, wprawdzie wysokiemi dawkami, występowała silna skaza krwotoczna, zwłaszcza w zakresie przewodu pokarmowego, pociągająca za sobą zejście śmiertelne (Gudzent).

* * *

Ze względu na daleko mniej trujące własności od toru, a bez porównania większą promieniotwórczość i znacznie mniejsze koszta sporządzania, niż przy innych przetworach promieniotwórczych, wprowadzono do lecznictwa aktinium[6]), pierwiastek, wykryty przez Debierne'a. Samo aktinium nie wysyła promieni, tylko produkta jego przemiany, mianowicie radioaktinium (promienie α i β) i aktinium X (promienie α); powstająca z aktinium X emanacya wytwarza promienie α i promieniotwórczość indukowaną (aktinium A, B, C); ostatni nieczynny produkt promieniotwórczości indukowanej nie jest znany. Emanacya aktinium odznacza się najkrótszem życiem z pośród znanych emanacyi promieniotwórczych, gdyż już w ciągu 3·9 sekund traci połowę swej aktywności. Aktinium stosowano dotychczas tylko przeciw nowotworom złośliwym. Mianowicie Czerny i Caan wstrzykiwali ze względu na nierozpuszczalność przetworu w wodzie, zawiesinę aktinium w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej do wnętrza guzów nowotworowych. Zawiesina zawierała 0·5 g. aktinium na 10 cm^3 NaCl; dawka jednorazowa wynosiła od 0·01—0·2; wstrzykiwania odbywały się co drugi dzień, w ogólnej liczbie dochodzącej do dziesięciu.

Jako odczyn spostrzegano niekiedy podniesienie cie-

[6]) Identyczne z emanium Giessla.

płoty, a miejscowo obrzęk i zaczerwienienie. Wyniki, otrzymane w ten sposób, nie były ani lepsze, ani gorsze, niż po stosowaniu radu i toru; taki sam też jest i stosunek aktinium do chirurgii.

Jeżeli tedy rzucimy okiem na to, co dotąd w lecznictwie zdziałały ciała promieniotwórcze, musimy przyznać, że wprawdzie na niejednem polu zawiodły, lub tylko w części spełniły pokładane w nich nadzieje, że jednak pod innymi względami okazały wybitne działanie lecznicze, i to tak promienie, jak i emanacya. Lecznictwo zyskało w nich nie środek swoisty, lecz w każdym razie dzielny czynnik; cały szereg ujemnych wyników polega z pewnością w znacznej części na bezkrytycznem, pozbawionem wskazań stosowaniu. Dziś bowiem ciała promieniotwórcze przechodzą te same koleje, które już spotkały tuberkulinę, adrenalinę, salwarsan, promienie X, a w nowszych czasach pituitrynę; każda z tych substancyi miała, lub jeszcze ma okres, gdzie ją stosowano z entuzyazmem na prawo i lewo, i dziś rzeczywiście trudno wynaleźć jakieś schorzenie, chyba oprócz złamań, przy któremby ich jeszcze nie użyto. Zapewne sprawą lat najbliższych będzie jasne określenie wskazań dla stosowania ciał promieniotwórczych.

Norman Robert Campbell. **Spółczesna teorya elektryczności.** Przełożył i uwagami opatrzył Ludwik Silberstein. Warszawa 1913. Nakład Henryka Lilienfelda, skład główny w księg. E. Wende i Sp., str. 334.

Wobec znacznego rozwoju współczesnej fizyki, a zwłaszcza teoryi elektronowej i licznych jej zastosowań, pożądaną jest dla każdego książka, zawierająca przystępne rzeczy tej przedstawienie. Ukazanie się polskiego przekładu dzieła Campbella będzie bardzo na rękę i dla niejednego z lekarzy, chcącego oprzeć się na szerszej przyrodniczej podstawie. W 14 rozdziałach rozpatruje Campbell kolejno podstawy nowoczesnej teoryi elektrycznej, elektromagnetyczną teoryę światła, stałą dielektryczną i współczynnik załamania, magnetyzm i działanie jego na światło, przewodnictwo elektryczne i cieplne, przewodzenie w polu magnetycznem, przewodzenie elektryczności w gazach, metody jonizacyi, budowę atomu i własności atomów, w końcu prawa elektromagnetyzmu. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Elgart: **Nowe metody i próby przeszczepiania tkanek.** (Casopis lékaruv českych, 1913, Nr 13). 1) Interpozycya powięzi po neurektomii. Chodziło o mężczyznę 45 l., u którego 3 lata temu wykonano neurektomię n. podoczodołowego. Po pewnym czasie wróciły równie silne bole w zakresie innych gałęzi (r. zygomatico-temporalis i zygomatico-facialis). E. cięciem 3 cm. długiem na zewnątrz od oczodołu odsunął na dwie strony okostną nad miejscem, gdzie wychodzi dotycząca gałązka nerwowa, poczem pod okostną wsunął starannie rozpostarty płatek powięzi szerokiej rozmiarów 4×4 cm. Następnie cięciem łukowatem pod zewnętrznym dolnym brzegiem oczodołu i kości jarzmowej przeciął warstwę mięśni i wsunął płat 5×6 cm powięzi szerokiej schodkowato, t. j. jedną połowę nad warstwę mięśniową a pod górny brzeg skóry, drugą połowę pod dolny brzeg mięśniowy. Autor poleca tę metodę do wypróbowania dlatego, że powięź szeroka jest mało unerwiona i daje pewne gwarancye, że nie wytworzą się anastomozy za pośrednictwem nerwów w niej przebiegających, a jest przytem dostatecznie silna, aby było możliwe przerastanie jej przez odradzające się nerwy. U operowanego chorego w ciągu 4 miesięcy po operacyi nie nastąpił nawrót.

2) Próba przeszczepiania na owłosionej części głowy. E. przeszczepił duży płat skórny z przypadku wrodzonej przepukliny mózgowej (meningoencephalocele occipitalis) na dziewczynkę, oskalpowaną przez maszynę — jednak bez skutku; autor pozostawia nierozstrzygniętem pytanie, czy przyczyną niepowodzenia był błąd w wykonaniu zabiegu, czy wogóle niemożliwość podobnych przeszczepiań.

3) Przeszczepienie sieci na ranę szytą macicy. Również niepowodzeniem (exitus ex peritonitide) zakończył się przypadek przeszycia sieci na ranę macicy w przypadku cięcia cesarskiego przezotrzewnego u wieloródki, wykonanego w jaknajgorszych warunkach (bezwzględne ścieśnienie miednicy, 24 godzin po odpłynięciu wód, po kilkakrotnem badaniu, ciepłota 38·3°) jedynie na gorące życzenie matki, by uzyskać żywy płód. M.

Vogel: **Ogólna astenia tkanki łącznej i jej stosunek do gojenia się ran i tworzenia się blizn.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 16). Już w roku 1904 zwrócił Bier uwagę na ogólne osłabienie tkanki łącznej (astenia), objawiające się nieraz równoczesnem występowaniem kilku cierpień, jak np. skrzywienia kręgosłupa, stopa płaska, koślawe biodro lub kolano, przepukliny, żylaki, rozedma, opadnięcie lub wypadanie trzew, brzuch obwisły i t. p. Autor, badający takich chorych, przekonał się nadto, że u nich gojenie się np. złamań kości i ran jest też zawsze bardzo złe. Przy operacyach trzeba o tem dobrze pamiętać i używać więcej sposobów plastycznych, niż szwu samego (np. przepukliny, nerka wędrująca, opadnięcia i t. p.). Blizny tworzą się u takich ludzi bardzo słabe i łatwo rozchodzą się. Do szwu używać należy materyału trudno rozpuszczającego lub nierozpuszczającego się, a po operacyach chorzy powinni leżeć dłużej, niż zwykle. K.

Coellen: **Eusemina w małej chirurgii.** (Klin. therap. Woch. 1912, Nr 43). C. zachwala do użytku w małej chirurgii lekarza praktycznego eusеminę, t. j. połączenie 0,0075 kokainy (hydrochlor.) w 1 cm³ fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Przetwór ten jest tani (fiolka 20 fenigów), trzyma się długi czas dobrze, a w działaniu bardzo pewny i zupełnie jałowy. Nawet 4 cm³ znoszą chorzy zupełnie dobrze. Nadaje się do znieczulenia miejscowego. K.

Million: **Boroform, płynny środek odkażający.** (Zblt f. d. ges. Ther. 1913, III). Próby z boroformem w klinice chirurgicznej w Monachium wypadły bardzo korzystnie. Środek ten jest produktem kondensacyjnym formaldehydu z solą sodową gliceryno-boru. Woń ma wcale miłą, jest przezroczysty, nie ślizki, nie niszczy rąk i narzędzi, odwania i działa korzystnie przy ranach zakażonych. Siłę bakteryobójczą ma większą, niż lysoform. Używa się go do odkażania narzędzi w rozczynie 3%, do kąpieli ½%, do płukania ran 1%. Boroform usuwa też pocenie się nóg (kąpiele 1%), nadaje się do okładów przy czyrakach (0·5%) i do przepłukiwania stawów (3%). K.

Friedmann: **O śródżylnem wlewaniu ciągłem.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 19). Autor opisuje i zaleca wykonywanie ciągłego wlewania rozczynu soli kuchennej do żyły sposobem kroplowym. Jest to zabieg łatwy, a oddaje cenne usługi, bo nie męczy chorych ciągle ponawianymi zabiegami, nie trzeba na nowo szukać żył i t. p. Bieg kropli można dowolnie zwalniać lub przyspieszać. Do płynu dodawać można digalenu lub adrenaliny. Zalety tego postępowania są wielkie. Ciśnienie krwi nie podskakuje nagle, jak przy zwykłych wlewaniach, lecz stopniowo, powolne wprowadzanie adrenaliny nie wywołuje przypadłości ubocznych, nie obciąża się serca odrazu i przez to można wprowadzać większe ilości płynu. Wlewanie to pobudza doskonale czynność nerek. Można dodawać do płynu innych leków, jak kollargolu, hormonalu i t. p. Uważać

należy tylko, by adrenalina się nie rozkładała i by ciśnienie krwi zanadto się nie podniosło. Ze względu na obawę szkodliwego działania soli kuchennej, można do wlewań używać także płynu Ringera. K.

Löwenstein i Lipschütz: **Gruźlica kurza u ludzi.** (Tow. lek. Wiedeń. Maj). Löwenstein donosi o 2 przypadkach gruźlicy nerek i jednym skóry, wywołanych przez prątki gruźlicy kurzej, Lipschütz o podobnym przypadku gruźlicy skóry. Zakażenie następuje tu przez spożycie jaj zakażonych. Prątki te są dość odporne, bo nawet w jajach gotowanych na twardo spotyka się czasem prątki żywotne. Cierpienie najczęściej występuje na skórze, a co do cech stoi nieraz na pograniczu obrazu chorobowego kiły i gruźlicy ludzkiej, względnie tocznia. Rzadziej już gruźlica ta usadawia się w nerkach i jelitach. Cechującym u takich chorych jest odczyn na tuberkulinę kurzą przy braku odczynu na tuberkulinę ludzką. Przebieg gruźlicy nerek bywa zwykle powolny. Leczenie tuberkuliną oddaje nieraz dobre usługi. K.

Klein: **Leczenie promieniami Röntgena raka macicy, sutka i jajników.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 17). H. jest gorącym zwolennikiem leczenia promieniami Röntgena raków, zwłaszcza macicy, a głównie ew. nawrotów po operacyi lub takich przypadków, gdzie operacyi nie można było wykonać doszczętnie. Leczenie to oddaje nieraz bardzo cenne usługi, które o wiele przewyższają wszelkie przypalania i wyskrobywania. Również przy nawrotach raka sutka osiąga się nieraz znikanie guzków i brak dalszych nawrotów. Zapobiegawcze naświetlanie po operacyach powinno obecnie zawsze być stosowane. A.

Finsterer: **O odsłanianiu nienadających się do operacyi raków celem naświetlania ich promieniami Röntgena i o wynikach przez to osiągniętych.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 16), F. gorąco zaleca ten sposób postępowania przy rakach, nie nadających się do doszczętnej operacyi. Żołądek odsłania F. szeroko, dodając do cięcia podłużnego cięcia poprzeczne, przecinające oba mięśnie proste. Prócz tego umocowuje płaty wątroby na łukach żebrowych, a żołądek o ile możności najdalej ku stronie lewej łączy z jelitem. Stosując na odsłonięte nowowotwory rentgenizacyę, osiąga się nieraz znikanie guza, poprawę stanu ogólnego i znaczne przedłużenie życia, o wiele dłuższe, niż po samej gastroenterostomii. Naświetlać zaczyna F. po tygodniu, z początku lampami miękkiemi, potem twardemi, dochodząc do dawki 5 H. K.

Nettel i Pollack: **Urządzenia w armii austryacko-węgierskiej celem niesienia pierwszej pomocy w polu.** (Tow. lek. Berno. II. 1913). Urządzenia w armii austryacko-węgierskiej odpowiadają zupełnie nowoczesnym wymogom chirurgii polowej. Zranieni zostają odnoszeni przez sanitaryuszy lub odprowadzani do t. zw. placów pomocy (Hilfsplatz), gdzie opatruje się w dwóch grupach: ciężko i lekko rannych. Pracują tu lekarze, sanitaryusze, ew. w razie potrzeby muzykanci jako pomocnicy. Z tych placów chorzy dostają się do t. zw. »Divisionssanitätanstalt«, która tworzy t. zw. place opatrunkowe, skąd chorzy dostają się do szpitali polowych. Każdy żołnierz zaopatrzony jest w patron opatrunkowy, o którego użytku poucza się go w czasie pokoju. Patron ten zawiera opatrunek aseptyczny. Prócz tego opatrunki noszą ze sobą lekarze, sanitaryusze i podoficerzy sanitarni, prócz tego szczotkę, mydło, narzędzia, opaskę elastyczną, przylepiec i t. p. Sanitaryusze mają nosze i szynę na nogę. T. zw. nosiciel bandaży ma ze sobą kasetę do wyjaławiania narzędzi i potrzebne leki. Prócz tego na wozach znajduje się materyał rezerwowy, filtry Berkefelda i środki krzepiące. W górach każdy batalion ma konia, niosącego 2 kosze z materyałami sanitarnymi (przy obronie krajowej dwa kufry). Na podstawie doświadczenia z wojny rosyjsko-japońskiej wydano podręcznik: »Anleitung für die kriegschirurgische Tätigkeit auf dem Schlachtfelde«. Zawiera on wszelkie nowoczesne zasady leczenia, np. zakazuje sondowania ran, tamponady, dotykania palcami, wprowadza używanie rękawiczek gumowych i t. p. Klęsk.

Fraenkel: **O powikłaniach i szczególnych klinicznych wskazówkach przebiegu nowotworów płuc.** (Mediz. Klinik, 1913, Nr 15). Nowotwory płuc nie należą do rzadkości i wywołują zwykle dość znamienne kliniczne objawy ucisku oskrzela. Czasem jednak spotyka się przypadki, które mogą być podobne do innych cierpień płuc, względnie są z niemi powikłane, a należą tu ropniak opłucny i zgorzel płuc. Spotyka się nieraz także wysięki opłucne, zwykle surowiczo-włóknikowe, ew. z krwawą domieszką i zawierające charakterystyczne komórki. Promienie Röntgena oddają tu często znakomite usługi. Rzadziej już spotykamy komórki nowotworowe w plwocinie. K.

Kostlivy: **Szew serca.** (Časopis lékařův českych. 1913, Nr 10). Autor zeszył z powodzeniem ranę serca w 6 godzin po zranieniu u 18-letniego człowieka. W jamie opłucnej była duża ilość skrzepłej krwi, jama osierdziowa próżna. Na przedniej stronie lewej komory 4 cm nad końcem serca rana cięta długości $3^1/_2$ cm, podobna rana na tylnej ścianie, tylko nieco wyżej położona. Obie rany miernie krwawią. Tylna blaszka osierdzia również zraniona, płuca nietknięte. Szew jedwabny ran osierdzia i serca. Odrazu po operacyi stan chorego znacznie się poprawił. Przebieg pooperacyjny był powikłany prawostronnem zapaleniem płuc i ropnym wysiękiem opłucnym po stronie lewej. M.

Heidenhain: **Określanie wskazań operacyjnych przy ostrem zamknięciu kamieniem przewodu żółciowego wspólnego.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 19). Kamicę żółciową operować trzeba o ile możności wcześnie, a zwłaszcza, jeżeli napady są częste, w przerwach istnieje tkliwość woreczka, lub objawy dyspeptyczne, woreczek lub wątrobę wyczuć można, istnieje uporczywa żółtaczka, napady występują z dreszczami, istnieją objawy zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy, chory traci na wadze i t. p. Dawniej operował H. dwuczasowo, obecnie operuje jednoczasowo i ma wyniki znacznie lepsze. Operować się powinno przy każdej żółtaczce w przypadkach kamicy, jeśli żółtaczka do tygodnia nie zacznie ustępować. Nie należy tu czekać, aż ostry napad ustąpi, ale operować właśnie w czasie napadu i wtedy wyniki będą bardzo dobre. Na podstawie swego doświadczenia zachęca też H. do tego wczesnego postępowania. Operować można bez obawy zakażenia otrzewnej, nawet gdy chory gorączkuje, bo pole operacyjne jest tu oddzielone od reszty jamy brzusznej wątrobą, żołądkiem, dwunastnicą i krezką kiszki grubej. Zwykle niestety dostaje się do operacyi chorych, u których za długo czekano, stan ogólny podupadł, serce źle działa, są zmiany w płucach i t. p. A niemal wszystkiemu temu możnaby zapobiedz. K.

Hansemann. **O losie kamieni żółciowych.** (Tow. lek. Berlin 1913, II). H. na podstawie swych badań i doświadczeń na zwierzętach dochodzi do przekonania, że rozpuszczanie się kamieni żółciowych w ustroju następuje często. Spostrzegał on to często u psów, którym operacyjnie wkładał do woreczka, ludzkie kamienie żółciowe. Do tego potrzebny jest jednak swobodny przepływ żółci. Małą skłonność do rozpuszczania się mają kamienie czysto wapniowe i barwikowe. K.

F. Zahradnicky. **O wynikach operacyjnego leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego w r. 1912, i wynikach tego leczenia w latach 1898—1912.** (Časopis českych lékařův 1913, Nr 9). Z. operował w ciągu roku 1912 ogółem 83 przypadków z 5 zejściami śmiertelnemi (6%). Spostrzegał oprócz tego nieoperowanych przypadków 12, z tych umarło 2 chorych, co odpowiada 16,6% śmiertelności. Z 83 operowanych przypadków wypada 62 na operacye w czasie napadu, 47 w pierwszych 72 godzinach, 15 w dobie późniejszej. Z operowanych wcześnie było 7 rozlanych zapaleń otrzewnej, z jednym przypad-

kiem śmiertelnym (4%), a 15 niepowikłanych bez żadnego zejścia śmiertelnego. Po upływie 72 godzin operował Z. 15 przypadków z trzema zejściami (20%). We wszystkich trzech przypadkach śmiertelnych chodziło o rozlane zapalenie otrzewnej. W pozostałych 12 przypadkach stwierdzono ograniczone zapalenie otrzewnej pięć razy, niepowikłane zapalenie wyrostka siedem razy. Po napadzie operował Z. 21 razy bez żadnego zejścia śmiertelnego. W drugiej części pracy wypowiada autor wnioski na podstawie 504 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanych w ciągu lat 15; więc 1) zapalenie wyrostka ma się operować o ile można jak najwcześniej, aby zapobiedz wybuchowi rozlanego zapalenia otrzewnej, które operowane wcześnie daje śmiertelność dość nizką, bo 10,8%, operowane jednak późno (intermediär) daje śmiertelność 100%. 2) Tam, gdzie chodzi o ograniczone zapalenie otrzewnej, można operować i w dobie późniejszej (intermediär), ponieważ wyniki nie różnią się od wyników przy operacyach wczesnych. Śmiertelność bowiem przy operacyach wczesnych wynosi 1,6%, przy operacyach późniejszych 1,8%. 3) Operacye w przerwach (»a froid«) dają śmiertelność bardzo nizką (na materyale autora 1 na 263, tj. 0,3%). Pooperacyjnych przetok jelitowych spostrzegał Z. tylko pięć na 504 przypadków; przepuklin cztery; niedrożności jelit trzy. Omawiając etyologię zapalenia wyrostka, autor skłania się do teoryi zakaźnej, nie odmawiając pewnego znaczenia czynnikom rodzinnym i dziedziczności. M.

Falkner. **Bezpośrednie leczenie gruźlicy otrzewnej przetworami jodu.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 18). Za radą Hofmana zastosował F. w trzech przypadkach operacyi z powodu gruźlicy otrzewnej, miejscowo przetwory jodu. Hofman polecił smarować otrzewnę jodyną i miał osiągać przytem znakomite wyniki; inni przestrzegają przed tem i twierdzą, że powstają potem silne zrosty. F. zastosował to leczenie i ze skutków jest bardzo zadowolony. Przy formach suchych radzi smarować jodyną, przy wysiękowych wlewa około 20 gm jodvasogenu, a prócz tego stosuje lewatywy z jodypiny. F. zachęca do dalszych prób, zwłaszcza do stosowania nowszych przetworów jodu, n. p. oleistej jodypiny, co może zapobiegnie tworzeniu się ewentualnych zrostów. Czasem po jodynowaniu występuje przemijający odczyn (gorączka, wzdęcie, bóle i t. d.). K.

Laryngologia i otyatrya.

Kabetschnik. **Nowa metoda badania słuchu.** (Monatschrift f. Ohrenheilk. 1912 Nr 12). Dotychczasowe sposoby Schwabacha i Rinnego badania słuchu przez przystawienie brzmiącego strojnika do wyrostka sutkowego nie są dokładne i mają wielkie wady. Przedewszystkiem budowa kości sutkowej nie jest bez wpływu na przewodzenie dźwięku strojnika przez kość do błędnika. Kość zbita skróci i osłabi ton strojnika, kość zaś, zawierająca przestrzenie powietrzne, wzmocni i przedłuży ten ton przez współdźwięk powietrza w niej zawartego. Oprócz tego różne zmiany chorobowe kości sutkowej również wywierają wpływ na przewodnictwo kostne. Otóż tych wad zwykłej metody strojnikowej niema metoda autora, polegająca na doświadczeniu, że przewodnictwo kostne do błędnika jest najsilniejsze przez przewód ucha zewnętrzny. Według sposobu autora należy strojnikowi dać przebrzmieć przed uchem i w chwili, kiedy badany przestaje go słyszeć, należy palcem ucho ściśle zatkać i strojnik bez ponownego uderzenia przystawić na palcu jak najbliżej ucha. Jeżeli wtedy badany znów słyszy strojnik, to istnieje choroba narządu głos przewodzącego. Jeżeli przytem podanie badanego wypada niepewnie, należy strojnik jeszcze raz wprawić w drganie, trzymać przed uchem i w chwili, kiedy ton jego, według podania chorego, zaczyna gasnąć, ucho palcem zatkać i strojnik na palcu przystawić. Jeżeli wtedy ton wydaje się choremu silniejszym, to znów wskazuje to na zajęcie narządu głos przewodzącego. Ujemne wyniki tych prób, t. zn. jeżeli badany nie słyszy strojnika od palca zatykającego ucho silnie, lub dłużej, niż przed uchem, przemawiają za cierpieniem narządu głos pojmującego. Metoda ta może także służyć do zdemaskowania udających głuchotę. Spira.

Urbantschitsch. **Wpływ powikłań chorób usznych na krzepnięcie krwi.** (Monatschrift f. Ohrenh. 1912 Nr 2). Doświadczenia autora wiodły do następujących wniosków: Metoda Wrighta oznaczenia krzepliwości krwi jest jedyną wśród wszystkich znanych sposobów, która dozwala poznać już bardzo małe różnice, gdyż podaje wartości dokładne na sekundy. Wszystkie przypadki ropnicy wykazują wyraźne, nieraz bardzo znaczne przyspieszenia krzepnięcia krwi. Z czasu krzepnięcia nie można wnosić, czy zakrzep zatoki zatyka ją zupełnie, czy też jest tylko przyścienny, — jałowy, czy zakażony. Skrócony czas krzepnięcia nie jest znamienny dla zakrzepu zatoki, ponieważ także przy innych powikłaniach śródczaszkowych zdarza się podobnie skrócone krzepnięcie. Wszystkie przypadki posocznicy wykazują prawidłowe lub spóźnione krzepnięcie krwi Wartość oznaczania krzepliwości krwi polega zatem w otologii na rozpoznaniu różniczkowem między ropnicą a posocznicą i możliwości wyłączenia w przypadkach niejasnych sprawy zakrzepowej. Przez wpływanie na krzepliwość krwi zapomocą leków sprawa ropnicza nie zmienia się. Spira.

Eschweiler. **Ucho, a ostre choroby zakaźne.** (Medizinische Klinik 1912). Zdaniem autora ucho bierze udział w każdej chorobie zakaźnej, jednak z różnym przebiegiem. Należy odróżniać zapalenie ucha dla którego choroba zakaźna była przyczyną przypadkową, od zapaleń, wywołanych przez swoiste zarazki chorobotwórcze. Objawami, cechującymi dla ropień usznych swoistych, są: ostry początek, szybki rozpad w uchu środkowem, współudział błędnika objawiający się znacznem, szybkiem pogorszeniem słuchu, w dalszym przebiegu opierającem się wszystkim środkom leczniczym. Najczęstsze i najcięższe są powikłania uszne w płonicy, szczególnie powikłanej z błonicą, która rzadko wieść może do rozległej martwicy kości. Rzadsze są te powikłania przy prawdziwej błonicy. Dość często powikłania te występują w odrze z przebiegiem więcej łagodnym. Szczególnie często zdarza się zapalenie ucha w grypie, gdzie się odznacza od samego początku krwawieniami w obrębie ucha środkowego i przewodu usznego; przebieg nie bywa złośliwy, a kończy się zwykle utrzymaniem czynności słuchowej. Na szczególną uwagę zasługuje zapalenie uszu u małych dzieci, gdzie trudność i nieraz niemożliwość pewnego rozpoznania upoważnia do postanowienia przecięcia błony bębenkowej drogą wykluczenia. Kilka przykładów potwierdza skuteczność takiego postępowania. Co do leczenia, to autor radzi w ogólności jak najprędzej wykonać przecięcie błony bębenkowej, szczególniej w płonicy, gdzie w razie potrzeby także operacya na wyrostku jak najwcześniej jest wskazaną. Jako środek przeciwgnilnie działający poleca autor zakraplanie perhydrolu według przepisu: »Perhydrol (Merck) 3·50 aqu. destil. 100.0« z następującym okładem wysychającym z kwasu borowego lub octanu glinowego. Gdy wydzielina z ucha już nie cieknie, zaleca autor leczenie suche. Spira.

Lawner. **Guzy w okolicy gardłowego ujścia trąbki.** (Monatsschrift f. Ohrenh. 1913 Nr 2). W związku z opisem spostrzeganego przez siebie przypadku omawia L. częstość, patogenezę i obraz kliniczny guzów w okolicy ujścia gardłowego trąbki. Objawy zależą od ucisku i pokrywania ujścia trąbki przez guz; należy tu upośledzenie słuchu, szum w uszach, zaciągnięcie błony bębenkowej, dalej przez zaburzenia w nosie i w gardle utrudnione oddychanie nosowe, silne wydzielanie z nosa, bóle przy połykaniu; przy kilkach silne bóle głowy potyliczne. W celu rozpoznania należy wykonać badanie wziernikowe tylne i przednie nosa, badanie mikroskopowe wyciętego kawałeczka guza przy uwzględnieniu innych objawów klinicznych i skutku leczenia swoistego. Rokowanie zależy od przyrody guza, tak samo i le-

czenie. Guzy kiłowe należy leczyć swoiście. Guzki gruźlicze należy u osób młodych, silnych, usunąć drogą chirurgiczną, pętlą lub łyżeczką ostrą, a potem przypalać środkiem wybiorczym, jak kw. mlecznym, pyrogalusowym i t. p. Nowotwory łagodne usuwa się pętlą przez nos lub szczypczykami okienkowatemi przez usta (chrząstniaki dłutem wyżłobionem). W innych przypadkach musimy się ograniczyć do leczenia łagodzącego (wdmuchiwanie proszków przeciwgruźliczych, stosowanie olejku metolowego, anestezyny, ortoformu, morfiny i t. d.). Spira.

Heindl. **O kile kości czołowej i jam czołowych.** (Monatsschrift f. Ohrenh. 1913 Nr 2). Autor streszcza cechujące objawy choroby w tytule podanej w następujący sposób: 1) Powoli rosnący ból głowy. 2) Ból ten nie ogranicza się do okolicy nadoczodołowej, lecz rozpromienia się na ciemię, nabierając cech tępego nieznośnego bólu. 3) Ból ten zwiększa się szczególnie pod wieczór i osiąga szczyt nasilenia w nocy. 4) Wczas występujące objawy mózgowe, jak uczucie zamętu głowie, zawrót głowy, niechęć do myślenia i niepokój nerwowy. 5) Wczesne wystąpienie ograniczonych zgrubień okostnych i kostnych, często też nabrzmień ciastowatej zbitości w środku rozmiękających, w okolicy brzegu nadoczodołowego lub jam czołowych. 6) Stosunkowo mało lub brak objawów podrażnienia w otoczeniu, szczególnie spojówki i ciałka rzęskowego. 7) Stosunkowo mało krwawej lub zielonawej wydzieliny w nosie. 8) Wczesne wystąpienie obrzęku powieki górnej bez szczególnie silnego bólu uciskowego. 9) Gorączka mała lub brak gorączki. 10) Doraźna poprawa wszystkich tych objawów po małych dawkach jodu.

Po największej części istnieje kilka tych objawów równocześnie. W wątpliwych przypadkach można osiągnąć pewność rozpoznania przez badanie krwi według Wassermanna lub przez skuteczne leczenie jodem według zasady »ex juvantibus«. Spira.

Gerber. **Zwężenie tchawicy i oskrzeli z powodu zwyrodnienia pyliczego gruczołów chłonnych.** (Archiw Fränkla Tom XXVII str. 155). Niezwykła przyczyna zwężenia mimo bezpośredniej tracheoskopii górnej nie mogła być klinicznie wyjaśnioną, mimo stwierdzonego badaniem zabarwienia czerwonego promienistej blizny w tchawicy, a dopiero nekroskopia wykazała, że blizny zabarwione pochodziły z przebicia się do tchawicy zwyrodniałego pyliczo gruczołu chłonnego; podobnie i guz, zwężający wejście do oskrzeli, był gruczołem pyliczo zmienionym. W rozpoznaniu więc zwężenia w okolicy podziału tchawicy, względnie oskrzeli samych, należy myśleć także o gruczołach pyliczo zwyrodniałych. Badanie wyciętego kawałka może tu naprowadzić na właściwe rozpoznanie, a w razie stwierdzenia przyczyny zwężenia w zwyrodniałym gruczole, możnaby liczyć na skuteczny zabieg operacyjny, święcąc tryumf tracheo-bronchoskopii. A. B.

Edmund Westheim. **O stosunku pozagałkowego zapalenia n. wzrokowego do schorzeń jam bocznych nosa.** (Archiw Fränkla Tom XXVII str. 172). Stosunkiem nerwu wzrokowego do zatoki klinowej i tylnych komórek sitowych tłómaczy się częsty udział nerwu wzrokowego w schorzeniach wspomnianych jam bocznych, i to albo z przyczyny zapalnej, albo uciskowej. W każdym przypadku pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, dla którego innej klinicznej przyczyny znaleść nie możemy, powinny być dokładnie zbadane jamy nosowe i jama nosowogardłowa, a nawet, jeżeli badanie tych jam da wynik ujemny, należy według autora otwierać tylne zatoki jamy nosowej, przedewszystkiem po stronie, odpowiadającej zmianom n. wzrokowego; w razie ujemnego wyniku tego zabiegu, radzi autor otwierać zatoki jamy nosowej przeciwnej, co ma zresztą uzasadnienie w stosunkach topograficznych. A. B.

Cobb i Nagel. **Nieżyt zanikowy nosa i leczenie szczepionką.** (Centralbl. für Laryngol. 1913, str. 7). Ponieważ autorowie upatrują przyczynę nieżytu zanikowego nosa w obecności »bacillus atrophicans«, który znaleźli we wszystkich badanych przypadkach, dlatego zrobili z tych prątków szczepionkę, a przy jej stosowaniu otrzymali dobre wyniki. Szczepionka powinna zawierać 100 milionów bakteryi w 1 centymetrze sześciennym; dawka waha się między 0·10 a 1·50 cm³. A. B.

Ciro Caldera. **Badania nad fizyologią migdałków podniebiennych.** (Centrabl. für Laryngol. 1913, str. 15). Badania C. dają się sprowadzić do tego głównego wyniku, że migdałki uważane być mogą tylko za zwykłe narządy limfatyczne, bez jakiegokolwiek wewnętrznego wydzielania. Klinicznie wiemy nadto, że znaczenie całego pierścienia Waldeyera, jako chroniącego przed zakażeniem, jest niewielkie, gdyż utkanie to limfatyczne nie zdoła stawić szczególnego oporu zakażeniom, może więc mieć jako narząd ochronny tylko znaczenie względne. Z pewnością więc zawsze, jeżeli przedstawiają zmiany patologiczne, mogą być migdałki bez wahania usunięte. A. B.

Th. Briuch. **Leczenie gruźlicy zapomocą absorbowanej energii światła.** (Centr. für Laryng. 1913 str. 86). Korzystny wpływ promieni ultrafioletowych słońca na gruźlicę naprowadził autora na myśl, by powietrze, nasycone tymi promieniami, zastosować leczniczo w postaci wdychiwań. Ponieważ już słaba lampa łukowa o wiele więcej wysyła promieni ultrafioletowych, aniżeli się ich znajduje w świetle słonecznem, przeto z łatwością można wytwarzać promienie te w wielkiej ilości. W tym celu użył autor skrzynki, od dołu otwartej, w której umieścił lampę łukową; ściany wewnętrzne skrzynki muszą być powleczone wapnem, aby promienie nie były absorbowane. W górnej ścianie jest otwór, a w nim rurka porcelanowa, przez którą chory wdycha powietrze ogrzane i nasycone promieniami pozafiołkowymi. Wdychiwania takie stosuje się trzy razy dnia po godzinie. Wyniki, uzyskane przez autora tak w gruźlicy płuc, jak i krtani, powinnyby zachęcić do prób na większym materyale. A. B.

Grünberg. **Wynik badania kości skalistej płodu kiłowego co do krętków.** (Cent. für Ohrenheilk. 1913 str. 16). W wielkiej ilości nagromadzone krętki znaleziono w naczyniach, a szczególnie w nerwach. W naczyniach znajdowały się krętki w ścianie, róźnież znajdowały się w tkance około-naczyniowej, a tylko pojedynczo w świetle naczynia. W nerwach leżały krętki między włóknami nerwowemi, nieraz w ogromnych ilościach, bez porównania mniej było ich w tkance okołonerwowej. To przeważające usadowienie się krętków we włóknach nerwowych może być nie bez znaczenia dla patologii narządu słuchowego płodów kiłowych. A. B.

F. Hromadko. **Rozpoznanie urazów błony bębenkowej z uwzględnieniem agrawacyi żołnierzy i ubezpieczonych.** (Časopis lékařův českých, 1913 Nr 2 i 3). Autor, omówiwszy szczegółowo sprawę powstawania urazowych pęknięć błony bębenkowej, ich rozpoznawanie i symulacyę głuchoty jednostronnej i obustronnej, przytacza 11 przypadków z ambulatoryum czeskiej kliniki usznej w Pradze. W dziesięciu z nich głuchotę odnoszono do urazu, podczas gdy przedmiotowo stwierdzono uraz jako przyczynę choroby zaledwie w 3 przypadkach. W czterech innych chodziło o zapalenie ucha środkowego w różnych okresach, w trzech o symulacyę. Jedenasty dotyczył histerycznego znieczulenia prawego ucha. M.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 5 maja 1911 r.

Czł. Nap. Cybulski przedstawia pracę pp. Prof. Dra A. Rosnera i Dra J. Zubrzyckiego p. t.: **Corpus luteum graviditatis a ochronne zaczyny w ciąży.** Autorowie zajęli się sprawą powstawania ochronnych zaczynów w ciąży i zwrócili uwagę na ciałko żółte. Do doświadczeń użyli ciałka żółtego osoby ciężarnej w II miesiącu, uzyskanego podczas operacyi. Wyniki szeregu doświadczeń są następujące: Surowica krwi męskiej (osoby nieciężarnej) nie trawi łożyska, natomiast, jeżeli do tej surowicy doda się wyciągu z ciałka żółtego, które samo przez się też łożyska nie trawi, otrzymuje się wynik dodatni. Surowica krwi męskiej z dodatkiem wyciągu z ciałka żółtego zachowuje się w doświadczeniach autorów tak, jak surowica krwi osoby ciężarnej. Te wyniki upoważniają do wniosku, że ciałko żółte odgrywa ważną rolę w tworzeniu się tego ochronnego zaczynu i że albo w niem enzym ten się wytwarza, albo produkta ciałka żółtego w inny sposób przyczyniają się do powstawania tego fermentu. Doświadczenia te rzucają nowe światło na znaczenie ciałka żółtego w ciąży, a przez to i na znaczenie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu w ogólności.

Dnia 13. marca 1913 r. odbyło się posiedzenie Komisyi antropologicznej pod przewodnictwem Prof. Dra N. Cybulskiego.

Prof. Talko Hryncewicz zdał sprawę z badań i wycieczek antropologicznych, odbytych w czasie wakacyi letnich r. 1912. Prof. Hryncewicz odbywał przy pomocy p. Frankowskiego w dalszym ciągu badania nad Góralszczyzną polską, zaczęte w r. 1910, prowadzone następnie latem 1911 r. (patrz Spraw. Akademii Um., Styczeń 1911). Oprócz tych badań odbył Prof. Hryncewicz wycieczkę do Wrocławia, gdzie zwrócił uwagę na typy antropologiczne postaci, przedstawionych na pomnikach książąt piastowskich, a w szczególności na pomniku ostatniego Piasta, Henryka IV († 1295); dalej zwiedził Prof. Hryncewicz Muzeum Tow. przyjaciół nauk i Tow. ludoznawczego w Poznaniu. Na Litwie oglądał muzeum w Kownie, założone ofiarnością Tadeusza Dowgirda i pułkownika Gołyszkina, tamże badał czaszki, pochodzące z mogił przedhistorycznych na Żmudzi. W Wilnie Prof. Hryncewicz czynił starania w Komisyi archeologicznej, aby szczątki ludzkie, znajdowane w czasie robót ziemnych, były przesyłane do Zakładu antropologicznego w Krakowie. Nadto studyował w tem mieście kolekcyę prywatną p. Obsta, zebraną głównie w gub. kowieńskiej. Prof. Hryncewicz zwiedził wreszcie kolekcyę archeologiczną p. W. Szukiewicza w Naczy, zebraną przeważnie z pow. lidzkiego, gub. wileńskiej.

Na wniosek Prof. Hryncewicza Komisya uznała instrukcyę do badań antropologicznych, opracowaną przez pp. Dra Lotha i K. Stołyhwę w Warszawie, przejrzaną i uzupełnioną przez komitet, złożony z profesorów: Hryncewicza, Hoyera i Bochenka, za odpowiednią celowi i godną zalecenia.

Kwestyonaryusz w sprawie zbadania granic rozsiedlenia Polaków, ułożony przez p. Wasilewskiego, po rozpatrzeniu przez komitet, złożony z profesorów: Nitscha i Rozwadowskiego oraz p. S. Udzieli, uchwalono na wniosek tegoż komitetu zatwierdzić i wydrukować w 2000 egzemplarzy.

V. posiedzenie naukowe lekarzy Szpitala św. Łazarza w Krakowie

z dnia 7. II. 1913.

Przewodniczy dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 27.

1) Kol. Scharf wygłosił referat: **Leczenie porażenia postępowego tuberkuliną.** (Rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi przemawiali prymaryusz Dr Borzęcki, Dr Kostecki, Blay, Krzyszkowski i prelegent.

2) Kol. Walter przedstawia następujące przypadki z oddziału chorób skórnych (prym. Borzęckiego):

a) Niezwykły przypadek **kiły trzeciorzędnej**, prawdopodobnie dziedzicznej. J. R. lat 26, chory, jak otoczenie podaje, od lat dziesięciu. Chory na swój wiek mało rozwinięty, zwłaszcza bardzo niedokształcone narządy płciowe. Na skórze twarzy, czoła, częściach owłosionych głowy, na tułowiu i kończynach górnych liczne blizny szerokie, gładkie, gwiazdziste, miejscami owrzodzenia, pokryte strupami zaschłej wydzieliny. Kości czaszki okazują głębokie ubytki, silnie zrośnięte ze skórą. Kości i chrząstki nosa zupełnie zniszczone, również i powieki, tak że gałki oczne zupełnie pozbawione tej osłony. Błona śluzowa gardła, krtani, podniebienia miękkiego zbliznowaciała, utrudnia choremu połykanie i mowę. Lewe ramię zniekształcone: chory miał uledz złamaniu ramienia przed kilku laty.

b) Chora lat 32, zamężna od lat 10, 4 porody prawidłowe, 2 poronienia; żadnych chorób, zwłaszcza skórnych, chora nie przechodziła. Obecnie ciąża 5-miesięczna. Przed 3. tygodniami zauważyła chora w okolicy zewnętrznych części ud i na brzuchu zaczerwienienie skóry, pęcherze, równocześnie doznawała bardzo silnego uczucia swędzenia i pieczenia. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje zmian. Na skórze brzucha, zwłaszcza w okolicy pępka, na klatce piersiowej i tułowiu ogniska częściowo porozrzucane, częściowo zlewające się, zaczerwienione, silnie przekrwione, wykazujące miejscami drobne guzki; na szczycie niektórych znajduje się maleńki pęcherzyk, wypełniony treścią surowiczą, na przedramionach zwłaszcza w okolicy stawów nadgarstkowych, na częściach zewnętrznych ud i goleniach podobne ogniska, jak również duże pęcherze, wielkości korony, wypełnione treścią surowiczą, silnie napięte. Miejscami powierzchnie obnażone z naskórka, lekko sączące, pozostałe po pęknięciu pęcherza. Chora doznaje uczucia silnego pieczenia i swędzenia. Błony śluzowe jamy ust zupełnie wolne od zmian. Rozpoznanie waha się między herpes gestationis, dermatitis herpetiformis During, a pemphigus vulgaris. W. omawia każdą z tych chorób, jednak o rozpoznaniu rozstrzygnie dopiero dłuższa obserwacya.

3) W końcu odbyło się zwiedzenie oddziału z przedstawieniem ważniejszych przypadków chorobowych.

Dr A. Markowa.

Towarzystwo lekarskie Płockie.

Posiedzenie dnia 30. stycznia 1913 r.

1. Na porządku dziennym wybory do Zarządu Towarzystwa. Przez głosowanie kartkami wybrani zostali: Prezes Dr A. Zaleski, wiceprezes Dr J. Kunig, skarbnik p. S. Betley, sekretarz Dr W. Kosmaciński, bibliotekarka Dr J. Betcherówna.

2. Odczytano projekt regulaminu Zjazdu lekarzy prowincyonalnych, przysłany przez Tow. lek. w Łodzi. Po rozpatrzeniu poszczególnych punktów regulamin przyjęto bez zmian.

3. Dr Betcherówna. **Gorączka w trzeciorzędnym przymiocie** (demonstracya chorej). Chora przechodziła 2 lata temu przymiot, leczony dość starannie, jakiś czas czuła się dobrze; trzy miesiące temu przybyła do szpitala z gorączką. W płucach zmiany bardzo nieznaczne: przytępienie odgłosu w prawym szczycie, oddech nieco

wydłużony, laseczników gruźliczych nie znaleziono. Kiedy chora czuła się coraz gorzej i ciepłota utrzymywała się stale powyżej 39° C z nieznacznemi wahaniami, zastosowano leczenie przeciwprzymiotowe (wstrzykiwanie sublimatu) i wtedy ciepłota ciała zaczęła spadać aż do poziomu prawidłowego, a stan ogólny chorej poprawił się znacznie, pomimo iż zmiany w szczycie płuca pozostały te same. — W dyskusyi większość przemawiających wyraża przekonanie, że przypadek ten niezupełnie daje się wytłumaczyć działaniem rtęci, gdyż stan chorej wskutek spokoju i leżenia w łóżku mógł się również poprawić; należy chorą obserwować dalej.

Posiedzenie dnia 30. kwietnia 1913.

1. Dr A. Zaleski. **Powikłanie ropne podurowe.** W. G. felczer, 37 lat, po prawidłowo przebiegającej sprawie durowej, ciągnącej się około 4 tygodni i zakończonej napozór wyzdrowieniem, po parodniowej prawidłowej ciepłocie ciała i niezłym stanie ogólnym, nagle wraz z dreszczami i podwyższoną ciepłotą dostał silnych bólów przy oddawaniu moczu, które stało się dość częstem, a dreszcze powtarzać się zaczęły codziennie. Po 5 dniach takiego stanu umieszczono chorego dnia 10. XII 1912 w szpitalu Św. Trójcy w Płocku, gdzie stwierdzono naciek i chełbotanie w gruczole przyprątnym. Na drugi dzień przez odbytnicę zrobiono nacięcie i palcem, wprowadzonym do otworu, jamę ropną wypróżniono z obfitej ropy i wytamponowano. Pomimo to dreszcze i gorączka powtarzały się nadal i pomimo zastosowania kolejno surowicy przeciwpaciorkowcowej, wstrzykiwań sublimatu do żył, takichże wlewań elektrargolu, lawatyw z kollargolu prócz kamfory stosowanej podskórnie obficie, stan ciągle się pogarszał, jedynie bóle przy oddawaniu moczu zupełnie ustąpiły. W następstwie wystąpiła żółtaczka (bez barwników żółciowych w moczu), tętno doszło do 140, dreszcze ciągle się powtarzały, wystąpiło ropienie ucha środkowego, ropnie ślinianki przyusznej i przy objawach postępującego wciąż osłabienia, utraty przytomności, czkawki, chory zmarł dnia 27. XII. 1912.

Referent wylicza różne ropne powikłania, zdarzające się po durze brzusznym, na które jeden z pierwszych zwrócił uwagę T. Dunin. W końcu referent uważa powikłanie w opisanym przypadku, zropienie gruczołu przyprątnego, jako niezmiernie rzadkie. (Streszczenie własne).

2. Dr W. Kosmaciński. **Przypadek empyema necessitatis.** M. L. 24 lat, mężatka, podług wywiadów zachorowała w połowie grudnia zeszłego roku na zapalenie prawego płuca, które zakończyło się niezupełnem wyzdrowieniem. Po krótkotrwałej poprawie już na początku stycznia b. r. pojawiły się dreszcze, pokaszliwanie i podwyższenie ciepłoty ciała. Stan ten ciągle się pogarszał, chorą odwieziono do rodziny pod Płockiem, gdzie referent miał sposobność zbadania jej przy końcu lutego r. b. Chora niezmiernie wychudzona, osłabienie ogólne znaczne, ciepłota ciała powyżej 40° C; przy opukiwaniu klatki piersiowej stępienie z prawej strony, sięgające z tyłu do grzebienia łopatki; nakłucie próbne wykazało obecność ropy w jamie opłucnej. Zalecono natychmiastowe przewiezienie chorej do szpitala w Płocku dla wykonania operacyi; jednak chora się na to nie zgodziła, pomimo usilnych namawiań ze strony męża i rodziny. W 5 tygodni potem, t. j. na początku kwietnia, chora przyszła piechotą 3 wiorsty do Płocka i opowiedziała, że utworzył jej się guz w dolnej części klatki piersiowej, który pękł i wylało się bardzo dużo ropy; ropa odchodziła wciąż przez cztery tygodnie, ale jednocześnie przy kaszlu chora odpluwała sporo ropy; obecnie czuje się chora dobrze, tylko jest jeszcze osłabiona. Przy badaniu świeża blizna pod żebrem, w linii pachowej, stępienie niezupełne odgłosu opukowego w dolnej części klatki piersiowej z tyłu i z boku.

Sekretarz Dr Wł. Kosmaciński.

---

42. Zjazd chirurgów niemieckich

(Berlin, 26—29 marca 1913)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Dokończenie).

Ach (Monachium). **Przyczynek do chirurgii przełyku.** Przy raku przełyku, ze względu na trudności techniczne i powikłania, rezygnuje Ach z operacyi endotorakalnych, a postępuje w ten sposób, że dochodzi do przełyku od strony szyi i od żołądka i zależnie od tego, jak wysoko znajduje się nowotwór, wyciąga przełyk cały na mocnych nitkach, po przecięciu go, całkiem ku górze lub ku dołowi, a następnie, wyciąwszy nowotwór, przełyk umieszcza podskórnie na klatce piersiowej. W ten sposób można, z wyjątkiem nowotworów okolicy podziału tchawicy, wyciąć każdy nowotwór przełyku od dołu lub od góry. Ach operuje w przyrządzie Bauera, w razie potrzeby przecina nerwy błędne.

Dyskusya: Rehn na zwierzętach próbował postępować podobnie, z tą różnicą, że wyciągał tylko błonę śluzową. — Röpke dolną część przełyku (do połączenia podskórnego z górną) tworzy z samego żołądka. — Kümmell operuje zawsze dwuczasowo. Gdy się uszkodzi jeden nerw błędny, trzeba przeciąć wtedy zawsze i drugi. Kümmel wycinał 11 raków przełyku, z czego udało mu się ocalić 3 chorych z rakiem wpustu. — Stieda przedstawia chorą z dobrze funkcyonującym podskórnym przełykiem (oparzenie). — Nordmann omawia operacyjne połączenie przewodu wątrobowego z jelitem.

Arnsperger (Karlsruhe). **W sprawie powstawania ostrego zapalenia trzustki.** A. zwraca uwagę, by przy operacyach ostrego zapalenia trzustki badać drogi żółciowe, bo tu często leży przyczyna choroby.— W dyskusyi Nordmann twierdzi nawet, że zawsze wtedy należy po prostu sączkować przewód wspólny, względnie wycinać pęcherzyk żółciowy.

Kehr (Berlin). **Rzut oka wstecz na 2000 operacyi na drogach żółciowych.** K. ma obecnie ogólną śmiertelność nieco większą, bo operuje przypadki coraz cięższe; przy kamieniach bez powikłań (wczesna operacya) wyniki są jednakże znakomite. Nie mamy jeszcze sposobu tamowania krwotoku u chorych żółtaczkowych. K. operuje obecnie bez maski i rękawiczek.

Dollinger (Peszt) omawia wyrabianie protez kończyn, Perthes cierpienie nazwane przez siebie, »osteochondritis deformans juvenilis«, analogiczne do zniekształtniającego zapalenia stawów u starszych, Wilms operacyjne leczenie stopy szpotawej i koślawej, Hackenbruch leczenie ambulatoryjne złamań kości opatrunkami gipsowymi i klamrami wyciągowemi.

Oehlecker (Hamburg). **W sprawie chirurgicznego leczenia wiądowych schorzeń stawów.** Przy wiądowych schorzeniach stawów, zwłaszcza w klasie robotniczej, niezłe usługi oddaje nieraz leczenie chirurgiczne (zesztywnienie operacyjne). Kości goją się dobrze, trzeba tylko usunąć cały staw, kości dokładnie do siebie dopasować i skrupulatnie leczyć następowo. O ile przy wiądowem cierpieniu kolana może leczenie ortopedyczne oddać także dobre usługi, o tyle przy cierpieniu stopy, zwłaszcza u robotników, powinno się zawsze wykonać amputacyę osteoplastyczną.

Kilka słów o lekarzu i lecznictwie.

Znany z dowcipu znakomity internista Eichhorst wyraził się kiedyś, mówiąc o leczeniu, że są choroby, jak zapalenie płuc, dur i tym podobne, które ustępują nawet pomimo leczenia. Ile

w tym dowcipie gorzkiej prawdy, wiemy to wszyscy, nawet i ci, którzy, zdawałoby się, święcie wierzą z chorym i otoczeniem, że go uratowali od — niechybnej śmierci.

Nauka lekarska mimo jawności, zorganizowania i nadzwyczajnego rozwoju, mimo szerokiego spopularyzowania, otoczona jest jeszcze do dziś w pojęciach laików pewnym nimbem tajemniczości, jest jakąś cząstką sztuki czarnoksięskiej, czy jak ją tam inaczej nazwać. Leży to w przeważnej części w naturze ludzkiej, że fantazya, i to niekoniecznie nieoświeconego »chłopka«, ale nierzadko tak zwanego »intelligenta«, bierze górę nad chłodnym rozumem i sprawia, że chory taki, zwłaszcza w pewnych chwilach zwątpienia, chętniej wierzy i słucha rad znachorów, czy wreszcie takich lekarzy, którzy posługują się nic wprawdzie nie znaczącymi, ale zagadkowymi, niezwykłymi sposobami, niż rozumnych, prawych i uczciwych lekarzy, wyznających w danej chwili szczerze i odważnie albo swoją bezsilność wobec nieuleczalnej choroby, albo nawet niepodobieństwo wykrycia przyczyny danej choroby. I któż temu winien? W pierwszym rzędzie szkoła lekarska. Naturalnie mam tu na myśli medycynę wewnętrzną, wszelka bowiem chirurgia ma zadanie do rozwiązania bezsprzecznie łatwiejsze, pole działania wdzięczniejsze, bo i w zawiłych nawet przypadkach chirurg nietylko wie, czego chce, ale i co świadomem celu działaniem osiągnąć może, gdy tymczasem internista w labiryncie skomplikowanej maszyny ludzkiej szczęśliwie, jeśli wie czego chce i rozumowo uzasadnić potrafi — dlaczego.

Najlepiej rzecz objaśni przykład, dlatego przypatrzmy się bliżej czynności lekarza, począwszy od jego pierwszego zadania, od rozpoznania.

Otóż zdarza się, że mija jeden, drugi i trzeci dzień, chory mimo starań lekarza ma się coraz gorzej, a więc — narada lekarska. Narada taka we dwóch albo trzech nie wykrywa wprawdzie nic nowego, ale mimo to — owocem jej jest »rozpoznanie«, i to np. grypa. Mniejsza o to, że w tym czasie nie ma epidemii grypy, mniejsza o to, że zarazka nie znaleziono, że ordynaryusz na naradzie nie mógł tego z rozumowaniem swojem pogodzić; narada lekarska musi chorobę koniecznie ochrzcić, a że w istocie nie wiadomo jak, więc jest — grypa — tak, jak do niedawna służbę tę spełniała tak zwana gorączka gastryczna. Mamy jeszcze jedną chorobę w zapasie dla wygody obu stron w kłopotach rozpoznawczych, mianowicie zimnicę. Tego kalibru działo wytacza się w przypadkach choroby, trudnej do rozpoznania, przewlekłej, o niezbyt wysokiej gorączce. Plasmodyów w krwi takiego chorego wprawdzie ani śladu, ale bo też w przewlekłej zimnicy znaleść je trudno, zresztą znalezienie ich, jak i np. laseczników Kocha, dowodzi bezwzględnie istnienia tej choroby, ale ujemny wynik posukiwań nie ma tej samej siły dowodu w kierunku wyłączającym. Pół biedy jeszcze, jeśli rozpoznanie takiej grypy, czy zimnicy, objaśnia lekarz choremu i jego otoczeniu, jakże jednak osobliwie wygląda sytuacya, gdy to samo wmówić probuje lekarz lekarzowi, oczywiście nie zapomocą ścisłych dowodów, bo ich nie ma, ale siłą frazesów, wymowy, czy wreszcie swojej »powagi«. Czyż to nie powtórzenie historyi o augurach!

A teraz, skoro już rozpoznanie gotowe — następuje nieodzowne dopytywanie się lekarza ze strony chorego i jego otoczenia, dlaczego, czyli skutkiem czego zachorował? Najczęstsza i już wypróbowana odpowiedź: to tak zwane przeziębienie. Jest to jedno z najwygodniejszych i najpopularniejszych objaśnień, tłomaczących tak samo grypę, ostry nieżyt jelit, ropne zapalenie ucha, czy okostnej zęba, jak zapalenie płuc i oskrzeli, zapalenie gardła i wiele innych chorób. Rozpatrzmy bliżej to tak zwane przeziębienie.

Stereotypowa to i wszystkim znana przestroga lekarzy: »Nie wychodzić podczas zachodu słońca«, jakby ta różnica ciepłoty przed i po zachodzie słońca, wynosząca zwykle kilka stopni, a szeroko już licząc w zimie 10^0 do 15^0, mogła w ustroju ludzkim zburzyć fizyologiczny porządek. Jakiżby los spotkał owych chorych na płuca, którym właśnie w celach leczniczych zaleca się oddychanie mroźnem powietrzem o ciepłocie nieraz i — 15^0 C. Gdyby w rzeczywistości ustrój ludzki tak mało był elastyczny i tak czuły na wszelkie wahania ciepłoty, ginęliby chyba ludzie, jak pękają rozgrzane szkła lampy pod wpływem kropli wody, czy chłodnego podmuchu.

Albo ileż to razy słyszy się: »Proszę wobec skłonności do chrypki nie pić zimnej wody z wodociągu lub studni, ale nieco ogrzaną«; to nie przeszkadza jednak, że ten sam lekarz w ostrem zapaleniu i obrzęku krtani zaleca połykanie lodu, chorych zaś np. na dur, płonących formalnie z gorączki, każe zmywać chłodną wodą, zawijać w chłodne prześcieradła, a nawet kąpać w chłodnej wodzie. Rozumie się, że środkami tymi nie można szablonowo szafować, bo co jednemu pomaga, to samo drugiemu, choćby w podobnych warunkach, może szkodzić. Ustrój zahartowany na różne ciepłoty, o sprawnym i zdrowym narządzie krążenia, można bezkarnie poddać takim zabiegom, ryzykownem jednak, co najmniej — byłoby stosować to samo np. u dziecka, którego wrażliwy układ naczynioruchowy zamiast zniżką ciepłoty gotów odpowiedzieć obocznym (kollateralnym) nawałem krwi w płucach, usposabiającym do zapalenia. W takich razach o losie chorego rozstrzyga rozumna oryentacya lekarza, przez którego stosowane lekarstwa nie powinny być dla choroby, ale dla chorego.

W habilitacyjnej pracy Schoenleina z r. 1887, jak i w podręczniku »Cierpienie i leczenie« Niemeyera z r. 1877 wśród mnóstwa, bo około 80 chorób, mających pochodzić »z zaziębienia«, spotykamy jeszcze takie, jak: nieżyt żołądka, jelit, szczękościsk, udary mózgowe, różne rodzaje gorączek: jednodniowa, nieżytowa, gośćcowa, opryszczkowa, zapalenie płuc włóknikowe, zapalenie mieszkowe migdałków, wiąd rdzenia, ostry gościec stawowy, tężec i t. d.

Pasteur, Lode, Nebelthau, których Strasser w pracy swej o zaziębieniu i zahartowaniu przytacza, starali się przez doświadczenia na oziębianych zwierzętach wykazać pewien wpływ nizkiej ciepłoty na ułatwienie zakażenia, jednakże Fischel i Chodounsky w takich samych doświadczeniach, używając nawet bardzo nizkiej ciepłoty, otrzymywali wyniki wprost odwrotne, oziębiane bowiem zwierzęta, szczepione osłabionemi hodowlami, nie ulegały zupełnie zakażeniu, zdarzało się zaś, że pod wpływem jadowitej hodowli nietylko kontrolne ginęły wcześniej, ale oziębiane wracały do zdrowia, a kontrolne ginęły. Rola, przypisywana przeziębieniu w rozwoju choroby zakaźnej, nie wytrzymuje więc krytyki, jak trudno byłoby dziś uwierzyć w wiewióra wywołanego np. pod wpływem przeciągu. Przeziębienie przeto w ścisłem znaczeniu, to nie chwilowy podmuch chłodu, ani jakaś krótka chwila, w której ustrój, choćby rozgrzany, zetknął się z dość nizką nawet ciepłotą, ale działanie nizkiej ciepłoty przez dłuższy przeciąg czasu na źle odziany ustrój aż do wywołania objawu t. zw. gęsiej skórki i uczucia przykrego dreszczu. Taki dopiero stan przeziębnięcia, biorąc jeszcze w rachubę indywidualną odporność jednostki, niekoniecznie już musi, ale może wywołać nieżytowe zaburzenia, zwłaszcza w zakresie narządu oddechowego.

Z roku więc na rok zacieśnia się coraz bardziej krąg chorób, przypisywanych przeziębieniu i śmiało dziś przyjąć można na stu chorych wrzekomo skutkiem tej przyczyny, zaledwie kilkunastu, u których ten czynnik etyologiczny znalazłby swoje rzetelne uzasadnienie.

Wróćmy teraz do lekarza, który, nazwawszy chorobę, przystępuje do najważniejszego dla chorego aktu, zastosowania lekarstwa. Na palcach zliczyć można środki swoiście w pewnych chorobach działające, jak chinina, rtęć, naparstnica, surowica przeciwbłonicza, salwarsan. Ogromny przemysł fabryczny środków leczniczych, zasypujący coraz to innemi próbkami zakłady, szpitale i lekarzy, wytworzył pewien szablon, zapewniający sprytnym jednostkom rozgłos bardzo dzielnych lekarzy, krok w krok śledzących nowe zdobycze wiedzy, czerpane — w noworocznym kalendarzyku, lub w sensacyjnych ogłoszeniach najbogatszych

pod tym względem niemieckich i francuskich tygodników lekarskich. Weźmy za przykład chociażby gruźlicę płuc. Oto (niezupełny jeszcze) spis środków, które mają służyć w walce z tą chorobą: kreozot, kreozotal, benzosol, guajacetin, guajacolum absolutum, guajasanol, geosot, duotal, guaethol, glandulen, hetol, helenin, haemolum cupratum, acidum cacodylicum, hydrargyrum thymolaceticum, ichthyolammonium, ichthoform, ichthalbin, metylenblau, lignosulfit, myrthol, natr. dithiosalicylicum, natr. fluoratum, natr. metavanadicum, natr. phenylpropionicum, nuclein, palladium chloratum, perdynamin, pyran, phenocollum hydrochloricum, salocoll, tereben, terpinhydrat, urea, tuberculin, tuberculoalbumin, tuberculocidin. Jeśli jeszcze dodamy do tego różne »swoiste« syrupy, syrupus sulfosot, sulfoguajacolicus, sirolin, to otrzymamy pokaźną liczbę około 40 środków, energicznie reklamą forsowanych. Czyż jest lekarz, któryby wierzył szczerze w »swoistość« któregokolwiekbądź z nich, a jednak ileż chorzy tej smoły dla dobra fabrykantów pochłonęli. Nie mniej dodatnio na rozwój fabrykacyi przetworów leczniczych wpływa dość rozpowszechniona choroba, skaza moczanowa. Mamy na nią ciągle coś nowego. A więc: lit, wody litowe (Salvator), citarin, uricedin, urodonal, piperazin, helmitol, urotropin, lysidin, formamint i t. d. i t. d. Każdy z tych leków dopóty przeżywa swoją fazę rozgłosu, jako znakomity środek do rozpuszczania złogów, dopóki sprytniejszy fabrykant nie zgłosi nowoskombinowanego, pod względem siły rozpuszczania »przewyższającego wszystko, co dotąd było znane«, a właściwie różniącego się od poprzednich tylko nazwą. Co są warte wszystkie wymienione powyżej leki przeciwdnawe, dowiódł tego na wielu przykładach Klemperer, osiągając te same wyniki dwuwęglanem sodu. Ale leczenie jego sposobem nie jest — postępowe.

W chorobach dróg oddechowych, z wyłączeniem gruźlicy, a więc we wszystkich rodzajach zapalenia płuc i oskrzeli, każda niemal recepta przepisuje przedewszystkiem tak zwany wykrztuśny środek, wymiotnicę, (ipecacuanhę), albo senegę. Pomijam już, że środek taki, zastosowany w pierwszym okresie zapalenia płuc, zwiększa tylko męczarnie chorego, albo, że powtarzająca się dość często nielogiczna kombinacya wymiotnicy czy senegi z kodeiną lub morfiną, przypomina robotę Penelopy, ale z zasadniczych względów uważam podawanie t. zw. leku wykrztuśnego conajmniej za zbyteczne. Przedewszystkiem leki te nie są w ścisłem słowa znaczenia wykrztuśnymi, a tylko działając drażniąco na błonę śluzową dróg oddechowych, zwiększają ilość wysięku, i tak dość obficie gromadzącego się skutkiem sprawy zapalnej; oba zaś główne składniki tych środków, senegin i emetin, prócz innych niekorzystnych własności, działają ujemnie na ośrodki oddechowe, naczynioruchowe i sercowe, przez co w stanach zapalnych narządu oddechowego, który zostaje w tak ścisłym stosunku wzajemnej zależności z narządem krążenia, oba te środki, choćby tylko w małym stopniu, mogą niekorzystnie wpływać na serce. Tak jednak zapisywali te środki pradziadowie i dla tradycyi zapisuje się je także i dzisiaj.

Przykładów takich możnaby przytoczyć bardzo wiele, te jednak, sądzę, wystarczą, jako ilustracya rozpowszechnionego w leczeniu banalnego szablonu, który obniża poziom wiedzy, przynosi ujmę powadze nauki, nierzadko wprost ośmiesza lekarza, a razem wziąwszy wytwarza stosunki, w których partactwo, blaga i szalbierstwo zwycięzko konkurują z prawym i wykształconym lekarzem. Zaradzić temu może jedynie reforma nauczania lekarskiego, któraby tę dla chorych najważniejszą część nauki lekarskiej, leczenie, oparła wyłącznie na realnych, wiedzą i doświadczeniami ugruntowanych podstawach.

Dr J. Gaik.
(Zakopane).

Konkurs »Przeglądu lekarskiego«.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przeznacza w r. b. 200 kor. na nagrody konkursowe. Kwota ta może być podzielona na dwie nagrody.

Podobnie, jak w roku zeszłym, nagrodzone będą najlepsze sprawozdania poglądowe, wydrukowane w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1913. Przedmiot sprawozdań dowolny; rękopisy przesyłać należy wprost do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Wiadomości bieżące.

Profesor Dr Karol Chodounsky w Pradze obchodził przed paru dniami siedemdziesiątą rocznicę urodzin. Aby dać wyraz wdzięczności i uznania dla wybitnego uczonego, zasłużonego nauczyciela, jednego z założycieli potężnego dziś »Spolku českych lekařu« i redaktora »Casopisu lekařův českých« przez lat kilkanaście, wydano księgę pamiątkową, wypełnioną pracami uczniów Czcigodnego Profesora. Prof. Chodounskyego łączyły z Polską węzły gorącej i szczerej przyjaźni; składał on niejednokrotnie ich dowód, zarówno uczestnicząc w naszych Zjazdach przyrodniczolekarskich, jakoteż wydając przez siebie ułożony »Słownik lekarski czesko-polski« (1884), oraz okazując nam zawsze prawdziwą życzliwość. Toteż do składanych Mu przez współziomków życzeń dołączamy serdeczne »Ad multos annos!«

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d 4. VI. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Ciechanowski przedstawił preparat anatomiczny, a Dr Hladij i Prof. Kader przypadki chirurgiczne. W dyskusyi przemawiali Prof. Braun, Kader, Jaworski, prym. Dr Borzęcki i Dr Blassberg i Glassner.

— Sejm polecił Wydziałowi krajowemu przygotować wnioski w sprawie organizacyi opieki nad umysłowo-chorymi. Wskutek tego zwołał Wydział krajowy, jak donoszą dzienniki, ankietę w d. 21. V. b. r. Na zasadzie referatu dyrektora Doc. Dr Mazurkiewicza i wniosków Prof. Dr H. Halbana uchwaliła ankieta szereg rezolucyi, w których podnosi konieczność utworzenia państwowego zakładu dla obłąkanych zbrodniarzy, uzyskania stałych źródeł dochodu na systematyczne rozszerzanie i poprawę opieki nad obłąkanymi, w końcu dwu nowych zakładów krajowych na wzór zakładów w Kulparkowie i Kobierzynie, a gdyby na razie nie było na to funduszów, to dwu centralnych przytułków kolonialnych dla nieuleczalnie chorych umysłowo. Sprawę rozstrzygnie Sejm, któremu wnioski ankiety mają być przedłożone.

— Wyszedł z druku zeszyt I. tomu III. »Rocznika lekarskiego«, zawierający rozprawy: T. Kleczkowskiego: »Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego« i T. Jaroszyńskiego: »Przyczynek do nauki o psychonerwicach«. Zeszyt ten zawiera 9 tablic. Prenumeratorowie »Przeglądu lekarskiego« otrzymają ten zeszyt jako dodatek bezpłatny.

— W Zakopanem powstaje drugi »Dom Zdrowia« dla młodzieży piersiowo chorej. Dom ten przeznaczony jest dla młodzieży katolickiej wszelkich zawodów; otwiera go Towarzystwo »Odrodzenie«, na którego czele stoją Paweł ks. Sapieha i p. Byszewski.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. V. do 31. V. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 2 † —), krztuśca 6, ospy wietrznej 1, płonicy 3 † 2 (8 † 3), odry 24, duru brzusznego 2 † 1 (1 † —), duru plamistego 1, róży 1 † —, tężca — † — (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. W pracowni Dr S. Serkowskiego (Śto-Krzyska 16) odbędą się w październiku 1913 kursa praktyczne z zakresu badań chemiczno-fizyologicznych i bakteryologii lekarskiej.

Łódź. Działalność Ligi przeciwgruźliczej łódzkiej wzrosła w r. 1912 bardzo znacznie. Przedewszystkiem rozwinęła się i wzrosła czynność utrzymywanej przez Ligę »Opieki« (dyspensatoryum), w której było zapisanych 521 chorych, a udzielono 3065 porad; liczba chorych przeto w trzecim roku istnienia »Opieki« prawie się podwoiła, liczba porad — potroiła. Podobnie wzrosła liczba świadczeń »Opieki« (wydawanie łóżek, sienników, kefiru, mleka, masła, tranu i t. p.). W opiece pracowało 2 lekarzy i 2 sanitaryuszki (które dokonały 2473 wizyt u chorych). Rosnące zaufanie ludności do »Opieki« (a również znacznie większa ofiarność na jej cele nawet w sferach najuboższych) były wynikiem energicznej popularyzacyi walki z gruźlicą zapomocą publicznych wykładów, których urządzono 47 (niektóre po niemiecku i w żargonie); wygłosiło je 16 prelegentów (z nich 14 lekarzy), a na niektórych wykładach bywało do 400 słuchaczy. Liczba członków Ligi wzrosła do 198, kwota ich rocznych wkładek do 4.880 rb. Utrzymanie »przychodni« kosztowało 8.246 rb.; fundusz budowy sanatoryum dobiegł 31.471 rb. (w tem z »dnia kwiatowego« wpłynęło 25.000 rb.!). Muzeum przeciwgruźlicze zyskało lepsze pomieszczenie.

— Naczelny lekarz szpitala Anny Maryi, Dr Władysław Schoenaich, opuścił to stanowisko, przenosząc się na stałe do Warszawy; na miejsce jego wybrano Dr Dunin-Wąsowskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 26. V. do 2. VI. 1913 przypadków: ospy 2 † —, płonicy 2 † 2, duru wysypkowego 3 † —, róży —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Międzynarodowa stała Komisya Zjazdów lekarskich w Haadze (Haag, Hugo de Grootstraat, 10) nadesłała nam V. cyrkularz o międzynarodowym Zjeździe londyńskim, zawierającym wszelkie potrzebne dla uczestników informacye. Cyrkularz ten zawiera wykaz opustów, udzielanych uczestnikom Zjazdu na okrętach (transatlantyckich) i kolejach; z tego dla uczestników z Polski ma znaczenie tylko wiadomość, że koleje francuzkie udzielają mniejwięcej 50% opustu, niemieckie zaś, holenderskie i szwajcarskie ulg żadnych nie przyznały (tylko liczniejsze, naraz jadące grona mogą starać się o zniżenie ceny przejazdu). Dalej zawiera cyrkularz spis hoteli londyńskich z podaniem cen, planik kolei podziemnych, wskazówki co do omnibusów, co do urządzenia biura zjazdu i t. d. Z 5 wycieczek w czasie Zjazdu tylko jedna, do Brighton, jest dostępna wszystkim; w dwu innych (Stratford, oraz Cambridge i Oxford) ograniczono liczbę uczestników do 100 resp. 200 zaledwo; w dwu wreszcie, do Harrogate i Bath, uczestniczyć będą tylko osobno zaproszeni. Dokładnych wiadomości zasięgać można w Biurze Zjazdu — London, 13 Hinde-Street W.

Na szczególną naszą uwagę zasługuje jednakże w cyrkularzu spis biur komitetów (Comité national), gdyż obok 11 komitetów państw, które dotychczas były uznawane (Anglia, Belgia, Niemcy, Francya, Holandya, Austrya, Portugalia, Hiszpania, Rosya, Węgry, Stany Zjednoczone) wymieniono po raz pierwszy osobno »narody słowiańskie«. Jaką rolę w tym przypadku odegrały starania Polaków, Czechów i t. d. o uznanie na Zjazdach praw narodów słowiańskich poza oficyalną Rosyą, a jaką... wynik wojny bałkańskiej, mniejsza. Nasuwa się pytanie, czy też medycyna polska, czeska i t. d. wystąpią wobec tego pod skrzydłami medycyny bułgarskiej i serbskiej.

— Cykl wykładów, obejmujący postępy medycyny praktycznej, odbędzie się w Berlinie 19—28. Czerwca b. r. W kursie tym mogą uczestniczyć także lekarze zagraniczni. Wyjaśnień udziela »Bureau der Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse« (Berlin N. 24 Ziegelstr. 10. XI.) oraz biuro międzynarodowego Komitetu dla uzupełniających studyów lekarskich (Aerztliche Auskunftei im Kaiserin Friedrich-Hause, Berlin NW. 6. Luisenplatz 2—4).

— Znany chirurg berliński Schleich napisał fantastyczno-lekarską książkę p. t. »Es läuten die Glocken«, w której przedstawia dziewczynę, oglądającą cuda zjawisk życiowych pod przewodnictwem króla Aldebarana. Oryginalne opisy n. p. podróży po ciele ludzkiem w ciałku białem, czynią tę książkę bardzo zajmującą.

X.

Zmarli: Dr Stanisław Marenicz w Wilnie. Zmarły wielce zasłużył się na niwie lekarskiej i społecznej; cieszył się ogólnem uznaniem i wielkiem poważaniem; piastował kolejno godności wiceprezesa i prezesa Tow. lekarskiego wileńskiego; ostatniemi czasy, gdy powstał w Wilnie Oddział Ligi dla walki z gruźlicą, powołany został na prezesa. Wysoce uspołeczniony, brał wielce czynny udział we wszelkich sprawach kulturalno-społecznych, umiał przytem zdobyć poważanie nietylko u swoich, lecz i w społeczeństwie żydowskiem. Pomimo lat podeszłych miał duszę młodą a wrażliwą na niedolę bliźnich. Toteż żal powszechny wywołał skon Jego, a tłumny pochód kolegów i rozmaitych warstw społeczeństwa za trumną Jego był wymownem świadectwem tego żalu.

S.

Dr Jan Kozłowski w Lublinie w 45 r. ż; Dr Bolesław Szenk, naczelny lekarz szpitala św. Aleksandra w Kielcach, w 46 r. ż; Dr Antoni Jeżewski w Warszawie w 52 r. ż.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1913. (Dokończenie)

Zdrowie Nr 4—5.: Tołwiński: Budowa miast. — Sikorski: Zwalczanie plagi kurzu w miastach. — Działalność i znaczenie oddziałów prowincyonalnych Warsz. Towarz. higienicznego. — Koralewski: Zakład dezinfekcyjny miejski w Warszawie. — Dembicki: Czynniki lecznicze naturalne i urządzenia balneotechniczne Ciechocinka. — Ruppert: O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania kąpieli solankowych, nasyconych kwasem węglowym. — Arnstein: Obecny stan Ciechocinka pod względem balneologicznym i leczniczym. — Ciągliński: Oddział elektroterapeutyczny w Ciechocinku. — Grudziński: Oddział hydropatyczny w Ciechocinku. — Ruppert: 1) O kanalizacyi w Ciechocinku. 2) O działalności ciechocińskiej Spółki budowlanej. — Pyrz: Odezwa do właścicieli mieszkań w Ciechocinku.

Przegląd higieniczny Nr 5. Reiss: Znaczenie społeczne higieny oka.

Kronika dentyst. Nr 5.: Zwierzchowski: Rola chorób zębowych w etyologii ropniaków zatoki szczękowej.

Słowo lek. Nr. 8—9: Stan szpitali krajowych i powszechnych w Galicyi w r. 1911/12. — Tarnawski: O słuszność (z powodu artykułów Dr Merunowicza). — Ugoda z gospodarczym Związkiem austryackich Kas chorych przy przedsiębiorstwach. — Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi w świetle sprawozdania

krajowej Rady zdrowia za rok 1908/1909. — Walka z Towarzystwami ubezpieczeń od wypadków. — »Drohowyże«.

Głos lekarzy Nr 9—10: Przepełnienie w zawodzie lekarskim. — Opolski: Zorganizowanie akcyi samarytańskiej w kraju. — XVII. międzynarodowy Zjazd lekarzy. — Ustawa o chorobach przenośnych. — Mikołajski: O zatargach lekarzy z sędziami w Bełzie. — Zatarg między zarządem a lekarzami Kasy chorych w Tarnopolu.

Przegląd zdrojowo-kąpłowy Nr 2—3. Zanietowski: Kilka uwag o systemizacyi naszych uzdrowisk i zdrojowisk oraz o analizie naszych wód. — Ankieta w sprawie wydzierżawienia Krynicy.

Nasze Zdroje. Nr 9—10. Makowiczka: Weksel zdrojowy. — W obronie zdrojowiska skazanego na zamknięcie. — Na otwarcie sezonu kąpielowego »pro memoria«. — Tarnawski: Przyrodolecznictwo, słońce, powietrze, ruch, woda, uzdrowiska a zdrojowiska i higiena osobista. — Źródła mineralne i ich stan u nas. — Zasłużony dla balneologii jubilat. — Jakim być powinien współczesny lekarz zdrojowy? — O samojazdy pocztowe. — Truskawiec z otwarciem sezonu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. czerwca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye z odmianą Prof. Rutkowskiego i z kliniki Prof. Piltza. 2) Dr W a c h t e l: »O wegetaryanizmie«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala jubileuszowego OO. Bonifratrów w Krakowie.

Prymaryusz Dr Jan F r ą c z k i e w i c z: **Spostrzeżenia nad »algocratyną«.**

Do licznego szeregu środków uśmierzających ból przybył nowy lek pod nazwą algocratyna. Aczkolwiek środek ten nie posiada dotąd prawie żadnej literatury, a skład jego chemiczny podany: $C_{21}H_{35}N_7O_3$ wydawał się nie rokować wiele nadziei, postanowiłem wypróbować go i porównać z innymi podobnie działającymi środkami.

Lek ten podawałem w przypadkach chorobowych, w których ból objawiał się na tle nerwowem, a więc w pierwszym rzędzie w nerwobólach (neuralgiach), w zapaleniach pni nerwowych (polyneuritis), zwłaszcza na tle alkoholowem, ischias, wreszcie przy bólach głowy (migrenie).

Wiadomą jest rzeczą, że cierpienia te, z natury przewlekłe, ulegają częstym nawrotom i środki, używane dla ich leczenia, które z początku pomagają, jak aspiryna, antypiryna, fenacetyna, pyramidon i t. d. z czasem zawodzą i na ustrój chorego nie reagują tak korzystnie, jak z początku. Uciekać się więc musimy do kombinowania tych środków z narkotykami, aby działanie ich spotęgować. Obecnie w »algocratynie« zyskaliśmy, jak z dotychczasowych wyników sądzić można, dzielny środek dla uśmierzenia bólów, pochodzących z systemu nerwowego, dalsze zaś doświadczenia wykażą, czy i w jakim stopniu działa »algocratyna« w bólach np. reumatycznych, artrytycznych i t. d.

Z uwag ogólnych dodać muszę, że chorzy bez wyjątku znosili lek ten dobrze bez działań ubocznych, jak odbijania, nudności i t. p.

Reasumując w krótkości działanie »algocratyny« w powyżej podanych wypadkach orzec można, że:

1) Algocratyna w dawkach 2—4 proszków dziennie nie jest środkiem szkodliwym i nie wywołuje działań ubocznych, dlatego można ją stosować nawet w wypadkach, gdzie inne środki są przeciwwskazane lub gdzie innych środków chorzy nie znoszą.

2) Algocratyna działa rzeczywiście korzystnie w kierunku uśmierzenia bólu na tle nerwowem, i to ból o mniejszem nasileniu po kilkudniowem użyciu w dawce 2—4 proszków dziennie usuwa w zupełności, ból zaś dotkliwy znacznie uśmierza i sprawia, że leczenie przyczynowe szybszy i trwalszy odnosi skutek.

Rok LII. Kraków, dnia 14. czerwca 1913 Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Jan Piltz).

O objawach ogólnych i ich znaczeniu dla wczesnego rozpoznania i leczenia nowotworów mózgu.

Podał

(na podstawie odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem)

Dr Jan Landau

asystent kliniki.

Wobec postępów, jakie uczyniła chirurgia w ostatnim dziesiątku lat na polu operacyjnego leczenia nowotworów mózgu i jamy czaszkowej przez coraz to większe udoskonalanie techniki trepanacyjnej, zaczęli i neurolodzy gorączkowo i z coraz większym zapałem śledzić te przypadki pod względem klinicznym, zdając sobie dokładnie sprawę, że od wczesnego rozpoznania zależy w wielu przypadkach i wynik leczenia chirurgicznego.

Przez owo leczenie chirurgiczne nie należy jednak rozumieć zabiegu, któryby koniecznie musiał mieć na celu definitywne usunięcie nowotworu z mózgu. Bardzo często bowiem nowotwór ten, czy to przez swoje usadowienie się w głębokich warstwach mózgu, dzisiaj zupełnie jeszcze niedostępnych dla noża chirurga, czy to przez swoją wielkość, względnie sposób, w jaki on przerasta tkankę mózgową na przestrzeni rozlanej, czy też wreszcie dla braku dokładnych danych w kierunku jego siedziby, nie może być z mózgu usunięty.

I w tych przypadkach można jednak na drodze operacyi bardzo wiele uzyskać w kierunku poprawy ciężkiego stanu chorego. Od czasu bowiem, gdy Horsley ogłosił swe spostrzeżenia, że już samo otwarcie czaszki w przypadkach, w których chodziło o wyłuszczenie nowotworu, sprowadzało w następstwie znaczną poprawę w objawach ogólnych, jak bólach głowy, wymiotach, zaburzeniach wzrokowych i t. d., mimo że nowotworu z tego czy innego powodu nie usunięto z mózgu, zaczęli chirurgowie i neurologowie stosować bardzo często tę tak zwaną dekompresyę nawet w przypadkach, pod względem siedziby nowotworu zupełnie niejasnych, albo też wprawdzie pod względem umiejscowiemia tegoż prostych, ale mimoto nie nadających się do jego wyłuszczenia. A chodzi im w tych przypadkach o to, ażeby na tej przynajmniej drodze przynieść choremu ulgę, bardzo nieraz długotrwałą, bo utrzymującą się całe miesiące i lata, uchronić go od utraty wzroku, pozbawić szalonych bólów głowy, a nawet czasem i wyleczyć zupełnie. Znane są bowiem przypadki, w których po łagodzącej (paliatywnej) trepanacyi nastąpiła tego rodzaju poprawa bardzo daleko już posuniętych objawów ogólnych, że chorzy ci mogli na całe nieraz lata powrócić do swoich codziennych zajęć, a nawet i takie, w których sama dekompresya wstrzymywała dalszy rozwój stwierdzonego niewątpliwie glejaka.

Nie będę tu wymieniać owych różnych metod dekompresyjnych, jakiemi rozporządza dzisiaj chirurgia dla zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, które, jak doświadczenie kliniczne poucza, jest niewątpliwie główną przyczyną owych wszystkich objawów ogólnych, jakie się spotyka w przebiegu nowotworów jamy czaszkowej i mózgu. Wspomnę tylko, że przy owej wielkiej śmiertelności, jaką jeszcze dzisiaj mamy w przypadkach, gdzie operacya miała na celu odszukanie nowotworu i ewentualne jego usunięcie i przy owem beznadziejnem wprost leczeniu tych chorych takimi środkami aptekarskimi, jak rtęcią i jodem, są owe operacye dekompresyjne olbrzymim krokiem naprzód, bo wykazując nam, jak wielką na tej drodze można uzyskać poprawę, nie pozwalają na zasypianie tej tak ważnej sprawy, ani też na wygodne zakładanie rąk i pozostawianie tych chorych, jako nieuleczalnych, ich własnym cierpieniom i mękom. Dużo, bardzo dużo zależy tu od nas lekarzy, t. j. od wczesnego określenia właściwego rozpoznania.

Przy owych olbrzymich postępach, jakie wiedza lekarska czyni na każdem niemal polu, nie można tu naturalnie żądać od lekarzy niespecyalistów ścisłego określenia siedziby rozpoznanego przez nich nowotworu. Ktokolwiek bowiem spotkał się z tego rodzaju przypadkami, ten zrozumie, ile to czasu i trudu trzeba nieraz poświęcić takim chorym, jak ścisłe i skrupulatne musi być każde badanie, jak długą nieraz obserwacya kliniczna, zanim siedziba nowotworu zostanie dokładnie określona.

Tego więc nie można wymagać od lekarzy, którzy pracują w innych działach, a szczególniej od lekarzy internistów, którzy najczęściej jeszcze w swojej praktyce spotykają się z takimi chorymi. Ponieważ jednak od wczesnego rozpoznania nowotworu mózgu zależy w głównej mierze wynik leczenia chirurgicznego, przeto mamy prawo wymagać i od lekarzy niespecyalistów, ażeby w zakresie swojej

specyalności o tyle byli obeznani z najważniejszymi objawami nowotworów mózgu, iżby one pozwalały im na wczesne dojście do właściwego rozpoznania i zastosowanie odpowiedniego leczenia w czasie, w którym liczyć jeszcze można na zupełne wyleczenie, poprawę, albo też przynajmniej wstrzymanie dalszego rozwoju zmian chorobowych.

Niestety jednak zbyt często jeszcze pozostają ci chorzy całymi miesiącami, a nawet latami z powodu złego rozpoznania w leczeniu różnych lekarzy jako hypochondrycy, neurastenicy, epileptycy, albo też znowu leczeni są na swoje dolegliwości żołądkowe, bóle głowy, zawroty i t. d., zanim nie dołączą się jakieś poważniejsze objawy, które, jak z jednej strony ułatwiają dopiero właściwe rozpoznanie, tak z drugiej są już dla chorego bardzo często początkiem końca. O ileby bowiem na szereg miesięcy przedtem właściwe rozpoznanie mogło może i życie uratować choremu, o tyle obecnie owo spotęgowanie się już istniejących objawów i pojawienie się nowych, które dopomogły do rozpoznania nowotworu, stają się równocześnie i przyczyną zguby chorego. Szanse bowiem uratowania chorego, względnie poprawy jego stanu nawet przez operacyę łagodzącą są tem większe, im wcześniej jej dokonano, w późniejszych zaś okresach i ta operacya często zawodzi, nie dając żadnego polepszenia.

Naturalnie, że daleki jestem od tego, ażeby pomyłki rozpoznawcze w początkach choroby, przy słabo zaznaczonych objawach przypisywać tylko lekarzom niespecyalistom w chorobach nerwowych. Zależą one bowiem nietylko od wyćwiczenia lekarza w tym kierunku, lecz i od istoty tej choroby, dla której rozpoznania musimy nieraz bardzo długo czekać, t j. do czasu, aż nie wystąpią takie objawy, które pozwalają dopiero na właściwe rozpoznanie.

Bardzo słusznie powiada Bruns, że ze względu na prawdopodobieństwo wyleczenia chorego, byłoby pożądańszem, ażebyśmy wogóle nie musieli wyczekiwać przy rozpoznawaniu nowotworów mózgu pojawiania się objawów ogólnych, lecz stawiać mogli rozpoznania już z pierwszych objawów ogniskowych. Jak jednak z jednej strony objawy ogólne są często pierwszymi przypadami nowotworu mózgu, tak też i z drugiej, o ile nawet w pewnych przypadkach (n. p. w nowotworach zwojów ośrodkowych) objawy ogniskowe na pierwszy wysuną się plan, przecież w znacznej większości tych przypadków nie będziemy pewni naszego rozpoznania nowotworu tak długo, aż się nie pojawią jakieś objawy ogólne.

Z tego więc wychodząc założenia, że znajomość owych objawów ogólnych, t. j. tych, które nie zależą od miejsca usadowienia nowotworu, lecz od jego wpływu na cały mózg i opony, ma zwykle daleko większe znaczenie ze względu na możliwość wczesnego rozpoznania i odpowiedniego leczenia, aniżeli znajomość objawów ogniskowych, sądzę, że nie od rzeczy będzie omówić pokrótce najważniejsze cechy tych objawów i wskazać na ich patognostyczne znaczenie dla nowotworów mózgu.

Wiadomą jest rzeczą, że z małymi tylko wyjątkami we wszystkich prawie przypadkach nowotworów mózgu, czy to w miarę zacieśniania jamy czaszkowej przez rozwijający się nowotwór i naruszenia w ten sposób owego stałego stosunku, jaki w warunkach prawidłowych zachodzi między pojemnością czaszki a mózgiem, czy to przez ucisk, jaki guz ten wywiera na sąsiadujące z nim naczynia krwionośne, wiodąc w następstwie do zaburzeń w krążeniu krwi i do wytwarzania się wodogłowia objawowego, bądź zewnętrznego, bądz wewnętrznego, następuje mniej lub więcej silne podniesienie się ciśnienia w zakresie płynu mózgowo-rdzeniowego. To zaś wzmożone ciśnienie w obrębie czaszki jest dopiero w większości przypadków właściwą przyczyną objawów ogólnych, z jakimi spotykamy się w przebiegu nowotworów mózgu, o ile nie uwzględnimy mniemania niektórych autorów francuzkich, którzy przypisują także bardzo poważny wpływ na powstawanie objawów ogólnych toksynom, jakie się mogą wytwarzać w obrębie nowotworów. I jakkolwiek te objawy towarzyszą prawie każdemu nowotworowi, zupełnie niezależnie od jego usadowienia i wielkości, to jednak usadowienie i rozmiary guza wpływają prawie zawsze na szybkość pojawiania się tych objawów ogólnych i na ich natężenie. I tak n. p. ogólnie znaną jest rzeczą, że nowotwory tylnej jamy czaszkowej wywołują szczególnie szybkie pojawienie się objawów ogólnych, i to o bardzo wielkiem nasileniu.

Pomijając te nieliczne przypadki nowotworów mózgu, w przebiegu których nie doszło nigdy do wytworzenia się objawów ogólnych, — o czem jednak pamiętać musimy, ażeby rozpoznanie nasze nie czynić bezwzględnie zależnem od pojawienia się tych objawów, — w każdym innym przypadku zjawiają się one razem z podniesieniem się ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Nie należy jednak sądzić, ażeby one wszystkie równocześnie musiały się pojawić razem z wzmożeniem się tego ciśnienia. W tym kierunku bowiem panuje bardzo wielka różnorodność, i tak, o ile w pewnych przypadkach są one wszystkie mniej lub więcej silnie zaznaczone, to w innych znowu występują bardzo nielicznie, lub też nawet i pojedynczo. Tak np. długotrwałe i uporczywe bóle głowy, albo też bardzo częste wymioty, lub znowu tarcza zastoinowa mogą być przez bardzo długi czas jedynymi tylko objawami ogólnymi nowotworów mózgu.

Należy tu także podnieść, że na podstawie licznych spostrzeżeń klinicystów, jak i na podstawie naszego doświadczenia nie można mówić o stałej progresywności objawów ogólnych w przebiegu nowotworów mózgu w przeciwstawieniu do innych spraw patologicznych mózgowia. Tego rodzaju progresywność dotyczy przedewszystkiem objawów ogniskowych, a co do objawów ogólnych, to mieliśmy niejednokrotnie sposobność obserwować, a zwłaszcza dowiadywać się z wywiadów, że różne objawy ogólne, często bardzo silnie zaznaczone, zmniejszały się znowu, albo nawet i zupełnie ustępowały, mimo, że chory nie leczył się wcale i że o cofaniu się nowotworu nie mogło być mowy. Przeciwko tej możliwości cofania się nowotworu przemawiało pojawianie się nowych objawów ogniskowych, albo też potęgowanie się dawnych, mimo ustępowania objawów ogólnych.

Co tu jest właściwą przyczyną takiego właśnie ustępowania, względnie zmniejszania się objawów ogólnych mimo dalszego rozwoju nowotworu, trudno dzisiaj odpowiedzieć w każdym poszczególnym przypadku. O ile bowiem czasem wydostanie się nowotworu poza obręb jamy czaszkowej po przeżarciu kości, albo rozejście się kości czaszki w pojedynczych szwach pod wpływem napierającego ciśnienia z wewnątrz czaszki, dostatecznie już tłomaczą po-

prawę w zakresie objawów ogólnych, o tyle innym razem, mimo że żadnej z tych spraw nie ma, stan ogólny chorego również się polepsza, a uporczywe nieraz bóle głowy zupełnie nawet ustępują.

Być może, że w tych przypadkach wyrównywanie się krążenia na drodze naczyń powierzchownych, względnie naczyń żylnych na czaszce i twarzy, które bywają nawet nieraz silnie rozszerzone i pokręcone w przebiegu nowotworów mózgu, albo też może i pewne przystosowanie się mózgu do zmienionych warunków krążenia i ucisku, są tu właściwą przyczyną polepszania się objawów ogólnych.

Nad sprawą tą jednak nie będę się tu zastanawiać, ponieważ nie należy ona do tematu mojego odczytu, a trudne jej wytłómaczenie musimy pozostawić dalszym obserwacyom klinicznym i szczegółowym badaniom. W każdym razie podkreślić należy, że cofanie się objawów ogólnych, względnie ustępowanie pewnych objawów, nie może w żadnym razie przemawiać przeciwko nowotworowej przyrodzie cierpienia mózgowego.

Wszystkie objawy ogólne, które wskazują na obecność nowotworu w mózgu, podzielić należy na dwie grupy. Do pierwszej z nich należą objawy podmiotowe, do drugiej natomiast objawy, które dają się stwierdzić przedmiotowem badaniem. Zaznaczyć jednak wypada, że ścisłej granicy między temi dwoma grupami przeprowadzić nie można, i tak np., gdy chory z powodu zawrotów zatoczy się, lub chodzi niepewnie, to wtedy objaw ten, który jest często tylko objawem podmiotowym, nabywa także znaczenia objawu przedmiotowego.

Daleko większe znaczenie ma dla rozpoznania nowotworów mózgu grupa objawów przedmiotowych, a to dlatego, że można je łatwo dostrzec i stwierdzić u każdego chorego, cierpiącego na nowotwór mózgu, o ile one tylko naturalnie są obecne, gdy natomiast stwierdzenie objawów podmiotowych u ludzi mało inteligentnych napotyka często na bardzo duże trudności. Znaną bowiem jest lekarzom owa wielka obojętność ludzi prostych na swoje dolegliwości, którzy wśród ciężkich warunków bytu i wśród codziennych trosk o kawałek chleba nie mają najczęściej czasu myśleć o swojej chorobie, i to tak długo przynajmniej, aż im ona nie dokuczy na dobre.

Tutaj więc wywiady w kierunku pierwszych początków choroby, w kierunku jej rozwoju, jak i w kierunku dokładnego opisu dolegliwości bardzo często zupełnie zawodzą. A przecież mogą one być czasem jedynymi objawami, na którychby się lekarz mógł oprzeć przy rozpoznawaniu tak poważnej choroby, jaką jest nowotwór mózgu. W tych to więc przypadkach musimy najczęściej poprzestać na wyczekiwaniu, tj. na dalszej obserwacyi chorego, aż nie dołączą się takie objawy, które czynią rozpoznanie niewątpliwem. Zwłoka ta jednak nie może naturalnie wyjść na korzyść chorego, przeciwnie stawia go ona nieraz odrazu w warunkach, wśród których nie można już liczyć na wynik leczenia łagodzącego, a nawet stwarza ona dla zabiegu doszczętnego daleko cięższe warunki i zmniejsza prawdopodobieństwo wyleczenia. U takich więc chorych objawy, które się dają stwierdzić przedmiotowo, muszą z natury rzeczy mieć daleko większe znaczenie rozpoznawcze, aniżeli objawy podmiotowe.

Do pierwszej kategoryi objawów ogólnych zaliczyć należy bóle głowy, zawroty, nudności i pobudzenia do wymiotów. Z objawów zaś drugiej grupy przedewszystkiem wymienić należy tarczę zastoinową, względnie zapalenie nerwów wzrokowych, a następnie zaburzenia w sferze psychicznej, wymioty, drgawki ogólne, względnie ograniczające się do pewnej tylko części ciała, senność, zniesienie odruchów rogówkowych i ścięgnistych kończyn, zaburzenia w układzie naczyniowym, oddychaniu i niektóre inne.

Przejdźmy teraz pokrótce każdy z tych objawów z osobna i zastanówmy się nad tem, które z cech tych objawów mogłyby wskazywać na to, że dany objaw wyrósł na tle wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, że więc jest on objawem jakiejś poważniejszej choroby mózgowej. Mówię tu ogólnie o wzmożonem ciśnieniu wewnątrzczaszkowem, a nie o nowotworze mózgu z tego powodu, że ciśnienie wewnątrzczaszkowe wzmaga się nietylko w przebiegu nowotworów mózgu, do których oprócz nowotworów w ścisłem tego słowa znaczeniu, jak glejaków, mięsaków, naczyniaków i innych, zaliczamy także i tego rodzaju guzy patologiczne, jak kilaki, guzy gruźlicze i t. d., lecz i w całym szeregu innych chorób mózgowia, np. w przypadkach wodogłowia, pasorzytów, zakrzepów zatok żylnych, ropni i t. d.

We wszystkich zaś tych przypadkach razem ze wzmożonem ciśnieniem wewnątrzczaszkowem pojawiają się i owe różnorodne powyżej wymienione objawy ogólne. Znaczy to więc, że obecność tych objawów ogólnych nie pozwala nam jeszcze na rozpoznanie nowotworu mózgu, lecz że może ona jedynie tylko usprawiedliwiać nasz wniosek w kierunku stwierdzenia wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. A dopiero dokładna znajomość tych różnorodnych cech, jakie są charakterystyczne dla pewnych objawów ogólnych w przebiegu nowotworów mózgu, obok szczegółowych wywiadów, rozpatrzenia całego przebiegu klinicznego i obecności, względnie braku pewnych danych etyologicznych, wspólnie z obecnością, względnie brakiem objawów charakterystycznych dla tej lub owej jednostki chorobowej, pozwala rzecz właściwie rozpoznać.

(C. d. n.).

Wyniki rozbiorów wód mineralnych ze zdrojów Jana i Magdaleny w Szczawnicy.

Podał

L. Marchlewski.

Zdroje Jana i Magdaleny w Szczawnicy ujęto ponownie w roku zeszłym. Zwłaszcza roboty około pierwszego zdroju napotykały na wielkie trudności z powodu obecności znacznych ilości wód słodkich lub żelazistych, które należało ująć oddzielnie, ażeby nie dopuścić do zanieczyszczenia właściwej wody mineralnej, która na mocy dawniejszych analiz, wykonanych przez Olszewskiego i Schramma, miała cechy dobrej wody alkalicznej stołowej. Niemniejsze trudności przedstawiało ujęcie zdroju Magdaleny, polegające na niekorzystnych właściwościach terenu, a zwłaszcza bliskości potoku, którego koryto leży powyżej wy-

pływu źródła Magdaleny. Dzięki usiłowaniom p. inżyniera Morawskiego (przedstawiciela firmy Nitsch i Ska w Krakowie). przezwyciężono wszelako wszelkie trudności; w obu przypadkach dotarto do skał wododajnych. P. inżynier Morawski korzystał na miejscu z pomocy asystenta c. k. zakładu chemii lekarskiej w Krakowie, Dr H. Malarskiego, który wciąż komunikując się ze mną i wykonując doraźne oznaczenia ilościowe na miejscu, mógł dać wystarczające informacye o charakterze wód, spotykanych przy rozkopywaniu terenu, a tem samem skierowywać ku wodom o własnościach pożądanych.

Szczegółowe badania prób wody ze zdrojów Jana i Magdaleny, pobranych w październiku 1912 r., dały wyniki następujące:

a) 1000 gr. wody zawiera w razie obliczenia węglanów, zawartych w wodzie w postaci węglanów kwaśnych, gramów:

	Zdrój Jana	Zdrój Magdaleny
Bezwodnika krzemowego (SiO_2)	0·015774	0·019130
Dwuwęglanu wapniowego ($Ca[HCO_3]_2$)	0·405950	0·742630
» strontowego ($Sr[HCO_3]_2$)	0·002205	0·012146
» barowego ($Ba[HCO_3]_2$)	0·001952	0·005727
» magnezowego ($Mg[HCO_3]_2$)	0·147070	0·944600
» żelazawego ($Fe[HCO_3]_2$)	0·008530	0·004072
» manganawego ($Mm[HCO_3]_2$)	0·001066	0·000477
» sodowego ($NaHCO_3$)	1·945000	8·391000
» potasowego ($KHCO_3$)	0·098210	0·204240
» litowego ($LiHCO_3$)	0·006898	0·003860
Chlorku sodowego (NaCl)	0·541760	6·117000
Jodku sodowego (NaJ)	0·001316	0·007253
Bromku sodowego (NaBr)	0·002030	0·008398
Siarczanu sodowego (Na_2SO_4)	0·011238	0·021060
Fosforanu glinowego ($AlPO_4$)	0·000036	ślad
Bezwodnika borowego (B_2O_3)	ślad	0·206300
Ciał organicznych	0·070027	0·201212
Zupełnie wolnego bezwodnika węglowego	1·175700 czyli 598·33 cm³ w 170 mm i 760 mm.	1·285300 gr czyli 654·10 cm³ w 170 mm i 760 mm.

Oprócz tego woda ze zdroju Jana zawiera ślady fluorków i kwasu azotowego, a woda ze zdroju Magdaleny oprócz tego ślady arsenawego i tytanowego.

b) 1000 gr. wody zawiera, w razie obliczenia węglanów jako węglany obojętne:

	Źródło Jana	Źródło Magdaleny
Bezwodnika krzemowego (SiO_2)	0·015774	0·019130
Węglanu wapniowego ($CaCO_3$)	0·250670	0·458555
» strontowego ($SrCO_3$)	0·001553	0·008553
» barowego ($BaCO_3$)	0·001486	0·004358
» magnezowego ($MgCO_3$)	0·084760	0·544400
» żelazawego ($FeCO_3$)	0·005557	0·002653
» manganawego ($MnCO_3$)	0·000693	0·000310
» sodowego (Na_2CO_3)	1·227500	5·295500
» potasowego (K_2CO_3)	0·067805	0·141010
« litowego (Li_2CO_3)	0·003754	0·002101
Chlorku sodowego (NaCl)	0·541760	6·117000
Jodku sodowego (NaJ)	0·001316	0·007253
Bromku sodowego (NaBr)	0·002030	0·008308
Siarczanu sodowego (Na_2SO_4)	0·011238	0·021060
Bezwodnika borowego (B_2O_3)	ślad	0·206300
Fosforanu glinowego ($AlPO_4$)	0·000036	ślad
Ciał organicznych	0·070027	0·201212
Zupełnie wolnego i napół związanego bezwodn. węglowego	1·866100	4·017700
Ogólna ilość ciał stałych	2·285959	13·037793

Oprócz tego w śladach składniki wspomniane w tablicy a).

c) 1000 gr. wody zawiera jonów, bez uwzględnienia wolnych jonów wodorowych.

	Zdrój Jana	Zdrój Magdaleny
Wapniowy (Ca)	0·100420	0·183700
Strontowy (Sr)	0·000922	0·005076
Barowy (Ba)	0·001034	0·003033
Sodowy (Na)	0·751100	4·721000
Potasowy (K)	0·038388	0·079830
Litowy (Li)	0·000713	0·000399
Żelazawy (Fe)	0·002680	0·001279
Manganawy (Mn)	0·000331	0·000148
Magnezowy (Mg)	0·024475	0·157200
Glinowy (Al)	0·000008	ślad
HCO_3	1·914600	7·576700
$HSiO_3$	0·020211	0·024517
SO_4	0·007594	0·014231
Cl	0·328300	3·707000
Br	0·001576	0·006519
J	0·001114	0·006138
B_4O_7	ślad	0·229870
HPO_4	0·000028	ślad
CO_2 (wolny)	1·175700	1·285300

Badanie fizyczne wód zdrojów Jana i Magdaleny dało wyniki następujące:

	Zdrój Jana	Zdrój Magdaleny
Ciepłota	8·8°	8·7° C.
Obniżenie punktu krzepnięcia Δ	0·156°	0·886°
Przewodnictwo elektryczności*)	0·002637	0·010790
Promieniotwórczość w jednostkach Machego	0·722	1·118

*) mierzone bezpośrednio w zdrojach.

Dla porównania podaję jeszcze stałe fizyczne wód zdrojów Wandy i Szymona, których szczegółowe analizy chemiczne podałem w roku zeszłym na tem miejscu:

	Zdrój Szymona	Zdrój Wandy
Obniżenie punktu krzepnięcia Δ	0·154°	0·486°
Przewodnictwo elektryczności	0·002059	0·006659
Promieniotwórczość w jednostkach Machego	0·208	0·07996

Na zasadzie powyższych wyników badania chemiczno-fizycznego należy zaliczyć wodę ze zdroju Jana do słabych wód alkalicznych, zawierających dostateczną ilość soli kuchennej, nadających się jako wody stołowe. Zawartość pokaźniejszej ilości litu w tej wodzie trzeba uważać także za okoliczność, przemawiającą za stosowaniem tej wody do celu wspomnianego. Jedynie zarzucićby można, że ilość wolnego bezwodnika węglowego tej wody jest nieco za nizka, brak, który łatwo się da usunąć, nasycając wodę w butelkach przed zamknięciem bezwodnikiem węglowym, pochodzącym ze źródła.

Woda zdroju Magdaleny należy do najsilniejszych mineralnych wogóle znanych; można ją oznaczyć jako szczawę alkaliczno-wapniowo-magnezowo-słoną. Na szczególniejszą uwagę zasługuje stosunkowo znaczna ilość bezwodnika borowego w niej zawarta; pod tym względem wyróżnia się ta woda z pośród wszystkich znanych wód mineralnych ziem polskich.

Na zasadzie badań kryoskopowych, których wyniki podano powyżej, dochodzi się dalej do wniosku, że z pośród w tym kierunku badanych wód Szczawnickich do hypertonicznych należy tylko woda mineralna ze zdroju Magdaleny, wody zaś zdrojów Jana, Szymona i Wandy należą do hypotonicznych.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Giordano. **Kilka słów o przypadku znieczulenia ogólnego przez śródmięśniowe wstrzykiwanie eteru.** (Riforma medica Nr 6, 1913). Wywołanie ogólnego znieczulenia drogą wstrzykiwań śródmięśniowych eteru było już znane Arnozanowi w 1882 r. Niedawno polecił je na nowo Descarpentries dla przypadków, gdzie zabiegu dokonywa się na twarzy, ustach i drogach oddechowych. O wartości tej metody różnie brzmią zdania autorów; na ogół jednak nie zachęcająco. Spostrzegano mianowicie brak znieczulenia, bardzo gwałtowne bóle w miejscu wstrzyknięcia, wybroczyny skórne rozmaitej wielkości, napady padaczkowate, w paru przypadkach nawet i śmierć. Inni otrzymywali natomiast łatwo zupełne znieczulenie, niekiedy jednakże występowały słabe bóle w miejscu wstrzyknięcia i przejściowa hemoglobinurya. Jeszcze gorsze wyniki dały doświadczenia, przeprowadzone w tym względzie na zwierzętach: znieczulenie ogólne nigdy nie wystąpiło, natomiast spostrzegano ciężkie zmiany następowe w postaci porażeń kończyn, nerwobólów, zgorzeli, ciężkich napadów padaczkowych, a nawet śmierci. Przyczynkiem do wykazania braku wszelkiej wartości tej metody znieczulenia jest przypadek G., dotyczący 56-letniego chorego z nawrotem raka policzków i szczęki dolnej, dla czego właśnie wybrano ten sposób znieczulenia. Wstrzyknięto razem 60 cm³ eteru w mięśnie pośladkowe, stosując po 5 cm³ co minutę. Ponieważ chory w pół godziny po pierwszem wstrzyknięciu, mimo że na początku dostał 1 cm³ morfiny, nie okazywał najmniejszej skłonności do snu, musiano użyć chloroformu i to w ilości bynajmniej nie mniejszej od tej, jakiej wymaga zwykle uśpienie chloroformowe. Podczas każdego wstrzyknięcia i później, zwłaszcza wieczór po operacyi, chory miał tak silne bóle w miejscu wstrzyknięcia, że musiano je łagodzić morfiną. Nadto dołączyła się trzydniowa hemoglobinurya, porażenie mięśni pośladkowych, niedowład całego szeregu innych mięśni, wraz ze zmniejszeniem odruchów i czucia dotyku, ciepła i bólu. G. podobnie, jak inni, odradza stanowczo tego sposobu usypiania.

Dr T. T.

Vörner. **Leczenie raków krzemem i arsenem podług Zellera.** (Tow. lek. Lipsk, III. 1913). Leczenie raków sposobem Zellera, tj. zewnętrznie pastą arsenowo-cynobrową, a wewnętrznie nacasilicium. oddać może dobre usługi jedynie przy rakach zewnętrznych, łatwo dostępnych, zwłaszcza skórnych. Pasta Zellera niszczy jednak często i tkanki zdrowe, a przy leczeniu spostrzegano też objawy zatrucia, jak śpiączkę, osłabienie serca i t. p. Niesłusznem jest zdanie Zellera, że leczenie to może zastąpić operacyę; tam gdzie można, powinno się zawsze operować. Leczenie pastą Zellera jest nadto bardzo bolesne i wymaga ciągłego nadzoru. K.

Nägelsbach. **Badania obrazu krwi przy wolach i wpływanie nań przez operacye.** (Beitr. z. klin. Chir. 83, III). Przy wolach najrozmaitszych rodzajów znajdował N. zawsze zwiększenie liczby limfocytów, a bezwzględne zmniejszenie wielojądrzastych ciałek neutrofilnych, przy chorobie Basedowa także zwiększenie liczby eozynochłonnych. Po operacyach obraz ten powracał nieraz do granic prawidłowych. Obraz krwi nie odpowiada nieraz ciężkości schorzenia. K.

Magnusson. **214 operacyi bąblowca. Przyczynek do patologii i leczenia tego cierpienia.** (Arch. f. klin. Chirurg. 100, II). Na zasadzie bogatego swego doświadczenia dochodzi autor do następujących wniosków: Na bąblowca zapadają znacznie częściej kobiety. Obumarcia bąblowca dowodzą: zawartość białka w płynie, przepuszczalność worka dla barwików żółciowych i wiotkość worka. Cechujące dla bąblowca wątroby są bóle z nasileniami, rozpromieniające się do obojczyka i barku. Żółtaczka występuje dość często. Rzadkim objawem jest szmer (Hydatidenschwirren); chełbotanie wykazać można tylko w postaciach miękkich, zwyrodniałych. W razie pęknięcia worka wewnątrz ciała, wystąpić może pokrzywka. Co do operacyi, to dwuczasowy zabieg Volkmanna jest o tyle niedobry, że bardzo trudno wytwarza się zrost otrzewnej z workiem. Dlatego też M. operuje obecnie jednoczasowo, obszywając worek w ranie otrzewnej, a potem torbiel nakłuwa lub otwiera. Całkowite wycięcie, zwłaszcza przy bąblowcu wątroby, jest często niewykonalne. K.

Frankl. **Bezpośrednie oglądanie wnętrza żołądka (gastroskopia) i kliniczne jego zastosowanie.** (Niem. Tow. lek. Praga, II). Gastroskopia nie znalazła dotąd ogólnego zastosowania w klinikach, a to z tego powodu, że dotychczasowe przyrządy miały liczne wady. Zdaje się jednak, że obecnie gastroskop Elsnera odpowiada zupełnie celowi, bo daje się łatwo wprowadzać, nie naraża chorego na żadne niebezpieczeństwo i jest prostej budowy. Oglądanie żołądka znajdować powinno zastosowanie przy raku (wczesne rozpoznanie, ocena rozległości guza, ew. wykrycie owrzodzeń, nie dających się żadnym innym sposobem wykryć). Do badania układa się chorego na bok lewy i znieczula gardło, a do wsunięcia gastroskopu, które odbywać się powinno łagodnie, przechyla się głowę silnie ku tyłowi. K.

Hertz. **Ostateczne wyniki po połączeniu żołądka z jelitem.** (Royal Soc. of med. II. 1913). Dla lekarza praktycznego bardzo ważną jest znajomość przypadłości, jakie wystąpić mogą po połączeniu żołądka z jelitem. Objawiać się one mogą w dwojakiej postaci, zależnie od tego, czy pokarmy opuszczają żołądek za prędko, czy też za powoli. W pierwszym razie chory skarży się, że bóle obecnie ma nieco dalej, niż przed operacyą. że cierpi na częste biegunki, zależne nietyle od jakości, ile od ilości spożytych potraw. Bardzo często pomaga wtedy choremu, gdy po jedzeniu położy się na wznak na pół godziny lub dłużej, przez co opóźnia się wydalanie treści z żołądka. Leczniczo (nieraz nie pozostaje nic innego, jak otwór połączenia operacyjnie zwęzić) pomagają przetwory trzustki, małe dawki belladony lub kodeina. Naodwrót nieraz treść z żołądka wydala się za powoli (otwór połączenia leży nad powierzchnią pokarmów w żołądku). Wtedy pomaga uciskanie brzucha, położenie się po jedzeniu na bok lewy, względnie założenie odpowiedniej opaski. K.

Burkhardt. **Postępy na polu chirurgii wątroby i trzustki.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 21). Chirurgia wątroby i trzustki postąpiła bardzo naprzód. Umiemy już obecnie tamować krwotoki z wątroby, a nawet części wycinać i z tego powodu operuje się na wątrobie coraz częściej, a należą tu następujące sprawy: urazy, pęknięcia, postrzały, ropnie, nowotwory, bąblowiec i t. p. Operuje się też ze skutkiem raka woreczka żółciowego i dróg żółciowych. Wdzięcznem polem operacyi wątrobowych są kamienie żółciowe. Przy marskości wątroby z puchliną brzuszną operacya Talmy oddaje w 50% przypadków niezłe usługi. Mniej skuteczną jest t. zw. przetoka Ecka (połączenie żyły wrotnej z główną). Na trzustce operuje się obecnie też częściej z powodu ostrych i przewlekłych spraw zapalnych, zranień, postrzałów, torbieli i guzów. Pewne rozpoznanie schorzeń trzustki pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Wycina się też często trzustki ze skutkiem z powodu nowotworów i zranień; przy zranieniach stosuje się też zeszycie trzustki. Najczęściej cierpienia trzustki wywołuje kamica żółciowa i na to przy operacyach trzeba zwracać szczególną uwagę. K.

Mayer. **Skrzywienie kręgosłupa i jego leczenie.** (Med. Klinik 1913, Nr 17). Instytucya lekarzy szkolnych przyczyni się w znacznej mierze do poprawy stosunków pod tym względem, lekarze szkolni wykrywają bowiem

wcześnie skrzywienia kręgosłupa, t. j. w tym okresie, który jest bardzo wdzięczny w leczeniu. M jest przeciwnikiem leczenia skrzywień kręgosłupa pełzaniem, bo nie wzmacnia ono wcale kręgosłupa, przeciwnie osłabia go, ani nie uruchomia kręgosłupa tak, jakby się pozornie wydawało. Wyniki też tego leczenia są bardzo wątpliwe. W leczeniu zaś skrzywień chodzi przedewszystkiem o uruchomienie, redresyę i wzmocnienie mięśni kręgosłupa. W przypadkach cięższych jedynie wyciągi i gorset oddać mogą usługi. W szkołach powinny być poddawane odpowiedniej gimnastyce już dzieci najmłodsze, skłonne do skrzywień, i właśnie to wczesne leczenie wyda najlepsze wyniki. K.

Joachimsthal. **Sposób Abbotta leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa.** (Berl. klin. Woch. 1913, Nr 15). Sposób Abbotta polega na szybkiem prostowaniu skrzywień z pomocą zagipsowania w położeniu naprzód wygiętem, przyczem w opatrunku zostawia się okna, a to w tym celu, by po stronie wklęsłej ruchy oddechowe rozszerzały klatkę piersiową, a po wypukłej przez okienko uciskać można wypukłość. Do tego leczenia, które rzeczywiście oddaje nieraz dobre usługi (czy trwałe, niewiadomo jeszcze), nadają się głównie skrzywienia w stronę prawą, bo przy lewostronnych opatrunek ten bywa bardzo źle znoszony, a nawet wywoływać może groźne zaburzenia. K.

Schütz. **Przyrząd do mierzenia kąta stawowego.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 19). Przy badaniu uszkodzonych niezmiernie często chodzi o dokładne wymierzenie t. zw. kąta stawowego (największego zgięcia lub wyprostowania). Dotychczasowe przyrządy miały przeważnie tę wadę, że trzeba je było przykładać obok stawu z boku i oceniać kąt nieraz na oko. Przyrząd Schütza natomiast można wkładać w zgięcie stawowe, potem go wyjąć w tem samem położeniu i odczytać kąt. — Schütz podaje obliczenia kątów stawowych, z których wynika, że i u zdrowych ludzi wykazywać mogą one znaczne różnice, co zależy od tego, jak dany staw był ćwiczony. K.

Kantorowicz. **Gorąca kąpiel przy skręceniach stawów.** (Med. Klinik 1913. Nr 19). Zamiast używanych powszechnie zimnych okładów po skręceniach stawów, zaleca K. gorące kąpiele. Zimno jest zbyteczne, bo nie chodzi tu o żadne zapalenie, lecz o wylewy krwawe. Należy zastosować kąpiel (stopniowo dolewając od 28—35° R) o ile możności jak najrychlej po wypadku przez $^1/_2$ godziny i wtedy skutek bywa nieraz zdumiewający. Ruchy są niebolesne i swobodne. Naturalnie po kąpieli wyłączone musi być złamanie lub uszkodzenie kości, bo wtedy bóle się wzmagają; może to nawet być czynnikiem rozpoznawczym. Kąpiel gorącą stosuje potem K. systematycznie 3 razy dnia ew. łącznie z miesieniem. K.

Wilms. **Leczenie fizyczne cierpień stawów, zwłaszcza gruźlicy.** (Międzynarod. kongr. fizyoterapeutyczny, Berlin III, 1913). W. jest stanowczym zwolennikiem zachowawczego leczenia cierpień stawów, zwłaszcza gruźlicy chirurgicznej. Przy cierpieniach gośćcowych i dnawych cenne usługi oddaje rad i tor, przy gruźlicy słońce i promienie Röntgena. Promienie X, cierpliwie i umiejętnie stosowane, wiodą bardzo często do celu, dając znakomite wyleczenia, z zupełnie zachowaną ruchomością stawu, bo kość zniszczona częścią się odradza, częścią zaś ulega wessaniu. Pamiętać należy jednak o tem, że nieraz leczenie miejscowe promieniami Röntgena może pobudzić jakieś inne, odległe ognisko gruźlicze. Leczenie tuberkuliną wydaje także nieraz dobre wyniki. Większe operacye w gruźlicy stawów powinny obecnie przy wczesnem leczeniu już bardzo rzadko znajdować zastosowanie. K.

Rothmann. **Teraźniejszość i przyszłość chirurgii rdzenia.** (Tow. lek. Berlin 1913, II). Chirurgia rdzenia postąpiła znacznie naprzód z chwilą, gdy wobec dobrych rozpoznań zaczęto operować nietylko koło rdzenia, ale i w rdzeniu samym. Najczęstsze wskazania: 1) guzy pozardzeniowe, oponowe, 2) guzy rdzeniowe, 3) zranienia, 4) ciała obce, 5) torbiele, 6) krwotoki itp. Prócz tego wykonuje się na rdzeniu inne operacye. Spiller i Martin przecięli powrózek boczno-przedni celem usunięcia bólów przy nienadającym się do operacyi nowotworze miednicy. Próbuje się też przy ciężkiej atetozie częściowego przecięcia bocznych powrózków piramidalnych w środkowej części rdzenia piersiowego. — Z 21 przypadków śródrdzeniowo operowanych guzów umarło 4, zabiegi więc te mają przed sobą przyszłość. K.

Położnictwo i ginekologia.

Herft. **W sprawie zapobiegania pooperacyjnemu zapaleniu otrzewnej przy laparotomiach nieczystych.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 1). Najtrudniejsze do zaopatrzenia są, zdaniem autora, laparotomie nieczyste, to znaczy takie, gdzie otrzewna zetknęła się z treścią bądź ropną, bądź pochodzącą z zakażonego guza lub zranionego jelita. Jeżeli przytem dostały się do otrzewnej zarazki swoiste, silnie jadowite, to niema skutecznego środka zapobiegawczego, jeżeli zaś dostaje się ropa jałowa, to jest ona obojętna. W przypadkach zaś, gdzie jadowitość bakteryi jest niewielka, a odporność ustroju znaczna, trudno jest ocenić wartość środka zapobiegawczego, a łatwo wpaść w błąd: »post, ergo propter hoc«.

Środkami zapobiegawczymi, jakie stosował H., były: oliwa kamforowa i perhydrol. Oliwę kamforową 1% stosował w ilości do 50 cm³ w 300 przypadkach laparotomii, gdzie otwierał szyjkę macicy, pochwę, pęcherz, jelita. Miał zaś tu na celu również złagodzenie wymiotów i zmniejszenie dolegliwości, wywołanych przez gazy jelitowe, co też do pewnego stopnia powiodło się. Oliwa nie miała jednak wpływu na bardzo jadowite bakterye, a doświadczenia na zwierzętach przemawiałyby za tem, że raczej przyspiesza ona wybuch zakażenia. Uderzającym jest brak wybitnych objawów klinicznych przed śmiercią chorych. Przy zakażeniu niezbyt silnem i pewnej odporności ustroju można było zauważyć pewien dodatni wynik stosowania kamfory; spostrzeżenie to odpowiada jej bakteryobójczym własnościom, które podług Kocha przedstawiają się = 1:200. Wprowadzanie kamfory przed operacyą daje z większą pewnością dobre wyniki, choć czasem zawodzi zupełnie. U zwierząt doświadczenia z oliwą kamforową wypadły na ogół niekorzystnie. — W 12 przypadkach stosował H. perhydrol Mercka, wyłącznie w sprawach ropnych, w szczególności przy raku macicy, w stosunku 1:2 wody przekroplonej. Przebieg co do tętna i ciepłoty był potem uderzająco dobry. Zrostów jelit, którychby się można obawiać, perhydrol nie wywołuje. Autor poleca dalsze badania nad tym środkiem. A. Markowa.

Dührssen. **Przyszycie (ventrifixatio) więzadeł obłych.** (Gyn. Rundschau 1913, Nr 1). Autor poleca swoją metodę poprawiania wadliwego ułożenia macicy, polegającą na podotrzewnem przeciągnięciu z każdej strony przez więzadło szerokie pętli, utworzonej z więzadła obłego i zeszycie tej pętli z rozcięgnem mięśnia prostego. D. wykonał tę operacyę 31 razy jednostronnie, 33 razy obustronnie; nawrót widział raz jeden, a 2 razy następowa ciąża i poród przebiegały prawidłowo. A. Markowa.

Dirks. **O zmianach obrazu krwi przy miesiączce, zmianach miesiączkowych i w okresie pozamiesiączkowym.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III). Podczas miesiączki ilość limfocytów, wynosząca w prawidłowym obrazie krwi 25—30%, jakoteż komórek eozynochłonnych, wynosząca prawidłowo 0,9%—4%, nieco się zwiększa. Ilość eozynochłonnych wzrasta szczególnie przy miesiączkach obfitych i nieregularnych. Przy braku miesiączki ilość limfocytów się zwiększa, komórek eozynochłonnych zaś zmniejsza. Po wytrzebieniu (castratio) przeważa względna limfocytoza. Zachowanie się komórek eozynochłonnych zależy tu od typu miesiączkowania przed wytrzebieniem. I tak pozostaje

zwykle eozynofilia u kobiet silnie krwawiących także po wytrzebieniu; te same stosunki, jak po wytrzebieniu, istnieją także w okresie pozamiesiączkowym (Menopause).

Dr E. Ehrenpreis.

E. Bumm i W. Sigwart. **W sprawie samozakażenia.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III). Pytanie to nie zostało jeszcze dotychczas rozstrzygnięte. Jedni zaprzeczają możliwości samozakażenia, inni uznają je tylko wyjątkowo, inni wreszcie twierdzą, że ten właśnie sposób zakażenia rodzących i położnic jest wcale częsty. Pytanie to wikła różne pojęcie autorów o istocie samozakażenia. Należy tu bowiem rozróżnić zakażenie wskutek samorodnego wstępowania drobnoustrojów zewnętrznych do narządu rodnego, i zakażenie takimi drobnoustrojami, które znajdowały się w pochwie i szyjce macicznej rodzących jeszcze przed porodem. Tylko ten drugi sposób zakażenia należałoby uważać za samozakażenie w ścisłem tego słowa znaczeniu, o ile dałoby się wykazać, że drobnoustroje bez najmniejszych wpływów zewnętrznych (badanie, narzędzia i t. p.) istotnie same wędrowały ku górze. Autor doszedł do przekonania, że dotychczas nie udało się stwierdzić ani badaniem drobnowidowem, ani spostrzeżeniami klinicznemi, by samozakażenie takie było możliwe lub choćby prawdopodobne, czyli, że nauka o samozakażeniu rodzących i położnic nie ma najmniejszej podstawy. Dr E. Ehrenpreis.

R. Keller. **Czas krzepnięcia krwi i czynność jajników.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III). Na podstawie licznych doświadczeń i badań doszedł autor do przekonania, że między czynnością jajników, a czasem krzepnięcia krwi kobiecej, nie zachodzi żaden stosunek. Wykazano, że czas, potrzebny do krzepnięcia krwi u kobiet, wynosi średnio 4·65 minut, jest zawsze ten sam, tak u kobiet zdrowych, jak i ginekologicznie chorych, tak przed, jak i podczas i po miesiączce, tak w okresie rozrodczym, jak i przekwitania, tak u ciężarnych, jak i nie ciężarnych. Wyjęcie i zupełne usunięcie jajników stosunków tych nie zmienia.

Dr E. Ehrenpreis.

Herff i Hell. **Sekakornina.** (Arch. f. Gyn. tom 97, III). Mimo takiego zatytułowania zawiera praca także doświadczenia z pituitryną, wzgl. pituglandolem (wyciąg przysadki mózgowej) — z fabryki Hoffmann-La-Roche. Przez porównanie działania sekakorniny i pituitryny na bóle porodowe i wogóle skurcze macicy dochodzi autor do następujących wniosków. Dawka graniczna sekakorniny, wywołująca prawidłowe skurcze macicy, zdaje się być 4—5 razy mniejsza, aniżeli dawka pituglandolu; jeden gram pituglandolu odpowiada $^1/_4$ grama sekakorniny. Dolna dawka graniczna, wywołująca skurcze tężcowe, wynosi co do sekakorniny $^1/_2$ gr., co do pituglandolu 2 gr. Przy powtórzeniu dawek w niezbyt dużych odstępach czasu występuje przy sekakorninie łatwiej działanie zbiorowe (kumulatywne), a więc łatwiej i tężec macicy, aniżeli przy pituglandolu. Przy podskórnem zastosowaniu obu środków wzmaga się najprzód częstość bólów. Wpływ ten występuje przy sekakorninie zwykle już w ciągu pierwszych 10—15 minut, ustaje zaś po 3 godzinach, nie pozostawiając po sobie widocznego zwiotczenia mięśnia macicy (atonia). Działanie sekakorniny jest więc powolne, ale trwałe, rzadko zawodzące. Pituglandol wywołuje zwykle już po 5, a najpóźniej 10 minutach bóle, które zwykle po 2, a rzadziej dopiero po 3 godzinach ustają. pozostawiając po sobie nierzadko wyraźne zwiotczenie mięśnia macicy. Pituglandol działa więc szybko, bóle występują często po sobie, ale działanie nie jest trwałe, a nieraz lek ten pozostaje bez skutku. Oba środki wzmagają nietylko częstość i ilość bolów, ale także ich siłę. Różnica polega na tem, że pituglandol nierzadko tak bardzo przyspiesza i wzmaga ilość bolów, szczególnie w okresie wydalania płodu, że wprost niema przerw między bólami, stan, który dla życia płodu nie jest obojętny, a który przy sekakorninie prawie się nie zdarza, szczególnie jeżeli się nie przekroczy prawidłowej małej dawki (od $^1/_4$ gr.); stały stan skurczowy może jednak wystąpić także przy sekakorninie, jeżeli się ją podaje kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu (kumulacya), albo w zbyt dużych dawkach, albo przy użyciu nieodpowiednich przetworów, albo wreszcie przy nieodpowiednim doborze przypadków (krótkie bóle). Gdy więc pituitryna lub pituglandol już same przez się zagrażają niebezpieczeństwem wywołania tężca macicy, to stan ten powstać może przy sekakorninie chyba tylko z winy lekarza. Co się tyczy działania tych środków w przebiegu ciąży, to oba, a szczególnie pituglandol, są zdolne w każdym jej okresie wywołać bóle, lub istniejące wzmocnić, lecz działanie to trwa zbyt krótko, by mogło wywołać poronienie lub skurcze porodowe. Pełne działanie obu środków występuje dopiero w miarę postępu porodu, najsilniej z końcem okresu otwarcia macicy i podczas wydalania płodu. Głównym warunkiem działania tych środków w czasie porodu jest obecność bólów, przyczem dla pituglandolu przy zwykłej dawce 1 gr. konieczne jest także pewne rozszerzenie ujścia i szyjki macicy, warunek, który przy sekakorninie nie musi być ściśle przestrzegany. W okresie poporodowym znaczenie pituglandolu jest bardzo małe, środkiem wyboru pozostanie zawsze sekakornina (1—2—3 cm.) Jedynie tylko przy nagłych i bardzo silnych krwotokach z powodu niedowładu mięśnia macicy, gdzie chodzi o jak najszybsze wywołanie skurczów, należy zastosować pituglandol, i to zawsze w połączeniu z sekakorniną ze względu na możliwość następowego zwiotczenia macicy po zastosowaniu pituglandolu. Dr E. Ehrenpreis.

G. Viville. **Stosunek miesiączkowania do całego ustroju przy chorobach kobiecych.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III).

Schmotkin. **Badania kliniczne nad miesiączkowaniem u zdrowych.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III).

Porównując piśmiennictwo ze swojemi badaniami dochodzi autorka (Viville) do przekonania, że dotychczasowe twierdzenia o zmianach zjawisk życiowych w znaczeniu ujemnem u kobiet w czasie miesiączki, dalej o t. zw. falowaniu tych zjawisk w życiu każdej kobiety, nie mają zupełnie zastosowania u kobiet zdrowych i odnoszą się może tylko do chorych. U kobiet zdrowych odbywają się więc wszystkie czynności życiowe zawsze jednostajnie bez względu na miesięczne okresy peryodów. Autorzy badali skrupulatnie w tych okresach zachowanie się ciśnienia krwi, krzywej tętna i ciepłoty, jako też siły mięśniowej, i z wyjątkiem nieznacznych wahań w niektórych tylko przypadkach nie zauważyli różnic, mogących tu wchodzić w rachubę w porównaniu z okresami pozamiesiączkowymi.

Dr E. Ehrenpreis.

Prof. Freund. **O rzucawce porodowej i jej leczeniu na podstawie 551 przypadków.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III). Jakkolwiek teorya o łożyskowem pochodzeniu rzucawki zdaje się wkraczać na właściwą drogę do prawdy. to jednak trucizny samej jeszcze nie znamy. O leczeniu więc przyczynowem na razie nie może być mowy. Do pewnego stopnia jednak można nazwać leczeniem przyczynowem jak najwcześniejsze opróżnienie macicy, ponieważ to wiemy na pewno, że rzucawka jako taka spowodowana jest stanem ciążowym. Wczesne opróżnienie macicy usuwa równocześnie inny bardzo ważny czynnik szkodliwy, a mianowicie samą czynność porodową. Dla oceny istotnie korzystnego wpływu wczesnego i szybkiego rozwiązania powinny przyszłe obszerne statystyki, jako punkt wyjścia dla obliczeń, uwzględnić jedynie tylko okres między pierwszym napadem rzucawki i zupełnie ukończonym porodem (po odejściu łożyska), a nie jak dotychczas ilość napadów, poprzedzających poród. Rzucawki połogowej nie należy uważać jak dotąd, za przypadek wcześnie rozwiązany, ale raczej za najpóźniej rozwiązany, ponieważ kobiety te zwykle przechodzą poród na czasie, a więc odbywają całą czynność porodową, tak dla wystąpienia rzu-

cawki szkodliwą. Przeciwnicy wczesnego rozwiązania rozumują fałszywie, twierdząc, że wczesny poród, bo wogóle jeszcze przed pierwszym napadem (jak to właśnie zachodzi przy rzucawce połogowej), najlepiej o tem świadczy, iż wczesne rozwiązanie nie jest uzasadnione; w rzeczywistości należy raczej przyjąć, że odbycie pracy porodowej rzucawkę wprost wywołało. Dla oceny więc rokowania i leczenia rzucawki połogowej należy ułożyć osobną statystykę. Jak dotąd, najważniejszem i najbardziej celowem leczeniem przy rzucawce ciążowej i porodowej powinno być jak najwcześniejsze rozwiązanie, a przy połogowej upusty krwi, wlewania soli kuchennej lub rozczynu cukru trzcinowego w połączeniu ze środkami usypiającymi. Stosowanie samych tylko narkotyków nie jest uzasadnione.

E. Ehrenpreis.

G. Rassier. **Przypadek nabłoniaka kosmówkowego jajowodu w następstwie ciąży zewnątrzmacicznej.** (Arch. f. Gyn. t. 97, zesz. III). Przypadek autora jest wogóle jedenastym dotychczas opisanym, dowód nadzwyczajnej rzadkości. Rozpoznanie jest trudne, szczególnie, jeżeli się nie pamięta o możliwości powstania nowotworu złośliwego w miejscu pierwotnego usadowienia się ciąży w jajowodzie. A przecież powinny niektóre objawy już wcześnie zwrócić uwagę na tę możliwość: stała bolesność, złe wyglądanie i nadzwyczajne wychudnięcie (40 klg. w 4 miesiącach), częste omdlewania i krwawe plwociny, to nie są zwykłe objawy po przebyciu ciąży zewnątrzmacicznej. Wczesne rozpoznanie jest tem ważniejsze, że nowotwory te należą do najzłośliwszych; przerzuty w pochwie, wątrobie, płucach i mózgu występują już bardzo wcześnie, a nawroty są częste. Rokowanie jest bezwzględnie złe, gorsze, aniżeli przy podobnych nowotworach macicy. Przypadek autora stanowi znowu przestrogę, aby ciążę zewnątrzmaciczną jak najwcześniej operacyjnie usuwać.

E. Ehrenpreis.

K. Franz. **W jaki sposób można poprawić stałe wyniki po operacyach raka macicy.** (Arch. f. Gyn. t. 97, III). Na to pytanie daje autor na podstawie obfitego materyału klinicznego i histologicznego następującą odpowiedź. Operować o ile możności jak najwcześniej, rozszerzyć granice wskazania do operacyi o ile możności jak najdalej, dążyć wszelkimi środkami techniki operacyjnej do zmniejszenia śmiertelności (szybkie operowanie), wystrzegać się następowych przeszczepiań w ranie operacyjnej i zakażeń, utrzymywać operowane pod ciągłą kontrolą lekarską przez częste badanie celem jak najwcześniejszego odkrycia nawrotu, wreszcie częściej operować nawroty, aniżeli dotychczas.

E. Ehrenpreis.

Prof. Schickele. **Przyczynek do fizyologii i patologii jajników.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III). Oddawna już zajmowano się główną cechą krwi miesiączkowej, a mianowicie jej względną niekrzepliwością. Liczne doświadczenia wykazały, że sok wyciśnięty z macicy i jajników hamuje krzepliwość krwi, a wstrzyknięty do żyły obniża ciśnienie wskutek rozszerzenia naczyń; nie ulega więc wątpliwości, że w macicy, a jeszcze więcej w jajnikach znajdują się substancye, wywołujące rozszerzenie naczyń i utrudniające krzepnięcie krwi. Czynność jajników co do miesiączki tłómaczy autor w następujący sposób: Faktem jest, że bez jajników nie ma miesiączkowania; substancye, wywołujące miesiączkę, wytwarzają się więc w jajnikach, skąd drogą krwi dostają się do macicy. Gdy substancye te nagromadzą się w niej w dostatecznej ilości, następuje rozszerzenie naczyń, a więc przekrwienie, i to głównie w śluzówce macicy. Ściany naczyń drobnych i włosowatych stają się coraz bardziej soczyste, pęcznieją, zmieniają się szklisto i stają się w tym okresie znaczniej przepuszczalne, przez co powstaje obrzęk śluzówki i obfite wydzielanie z jej gruczołów. W miarę coraz dalszego postępu tych zmian naczyniowych, gruczołowych i samej śluzówki, jakoteż coraz silniejszego przekrwienia, dochodzi wreszcie do wydostania się cieczy nagromadzonej w śluzówce i krwi niekrzepliwej na zewnątrz. Krwawienie ustaje z chwilą, gdy substancye, o których wyżej była mowa, odejdą w zupełności na zewnątrz wraz z krwią miesiączkową.

Autor przypuszcza, że substancye, wywołujące miesiączkę, wytwarzają się w mieszkach jajników. Dlatego to, dopóki mieszki dojrzewają u dzieci, dopóty miesiączkowania nie ma; z chwilą dojrzewania odpowiedniej ich ilości, a więc i nagromadzenia się w nich substancyi wyżej wspomnianych, postąpiły już odpowiednie zmiany anatomiczne w macicy do tego stopnia, że pierwsza miesiączka może wystąpić. Być może, że na czynność jajników, wywołującą miesiączkę, składają się różne substancye, że np. niekrzepliwość krwi miesiączkowej wywołują jedne, a rozszerzenie naczyń inne substancye. Te drugie substancye są prawdopodobnie potrzebne tylko o tyle, o ile doszło do ciąży (utrzymanie krwi płynnej jako odżywki dla jaja płodowego), o ile zaś ciąża nie powstała, są one niepotrzebne, a może nawet dla ustroju szkodliwe. Cel i znaczenie każdej miesiączki polega właśnie na tem, aby odprowadzić na zewnątrz substancye dla ustroju niepotrzebne, a zarazem zniszczyć nabłonek rzęskowy śluzówki macicy i ułatwić tem samem zapłodnienie. Nie ulega wątpliwości, że obfite miesiączki i nieregularne krwawienia, którym w ostatnich latach tak chętnie nadają miano »endometritis« lub »metritis« i które tak często leczy się bezskutecznie wyskrobaniem macicy, odnieść należy w wielu przypadkach właśnie do tego, że przyczyna tych krwawień zupełnie nie leży w zmianach śluzówki, lecz w nadmiernem wytwarzaniu się powyżej wspomnianych substancyi, wstrzymujących krzepnięcie krwi i rozszerzających naczynia, a nagromadzonych w zbytniej ilości w ścianie macicy lub w jej śluzówce. Autor przypuszcza, że dużo przypadków krwawień macicznych przy mięśniakach i polipach śluzowych, jakoteż przy tyłozgięciu macicy, również odnieść należy do nagromadzenia powyższych substancyi w wielkiej ilości w macicy; za tem przemawia zresztą najlepiej skuteczność leczenia upartych krwawień, polegającego na wyjęciu jajników lub wywołaniu ich zaniku zapomocą promieni Röntgena.

E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

VI. posiedzenie naukowe lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie

z dnia 7. III. 1913.

Przewodniczy dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 28.

1) Kol. Dr Drobniewicz wygłosił referat: **Stosowanie kamfory przy laparotomiach.** (Rzecz przeznaczona do druku).

2) Kol. Dr Türschmid przedstawia z oddz. I. A następujące przypadki: a) Chory z **wysiękowem zapaleniem osierdzia** (obraz rentgenologiczny i krzywe tętna). b) Przypadek typowego **zwężenia ujścia tętniczego lewego** u osobnika 20-letniego. c) Przypadek **odmy opłucnej w połączeniu z wysiękiem ropnym** (pyopneumothorax) z objawami Biermera i pluskaniem (succussio Hippocratis), obraz rentgenologiczny. d) Dwa przypadki **zaczadzenia.** e) **Carcinosis peritonei ac omenti;** u chorej tej od ostatniej operacyi w przeciągu miesiąca zebrał się w jamie brzusznej płyn surowiczo-krwawy w ilości 16 litrów.

3) Kol. Dr Pisarski przedstawia następujące przypadki z oddziału chirurgicznego:

a) B. J., l. 50, rolnik. Chory cierpi od 3 tygodni na częste oddawanie moczu. Mocz oddziaływa zasadowo; w osadzie duża ilość ropy. Badanie narządów wewnętrznych nic

szczególnego nie stwierdza. Cystoskopia: błona śluzowa silnie, równomiernie nastrzykana; obrysy drobniejszych naczyń tętniczych zatarte; silne beleczkowanie; pomiędzy beleczkami dużo drobnych uchyłków; na bocznej lewej ścianie pęcherza otwór wielkości guldena, po przejściu którego cystoskopem dostaje się do dużej przestrzeni, o gładkich, jasnych ścianach; beleczkowania tutaj nie widać, a naczynia krwionośne mają zatarte obrysy. Położenia ujść moczowodów nie stwierdzono, gdyż leżą prawdopodobnie w uchyłkach.

Rozpoznano: **Diverticulum vesicae, cystitis.** Z cięcia nadłonowego wypreparowano cały uchyłek, który leżał na tylnej ścianie pęcherza, odcięto go, a w otwór w pęcherzu, powstały przez odcięcie uchyłka, wszyto lewy moczowód, który wchodził do uchyłka. Badanie drobnowidowe ściany uchyłka wykazuje brak prawie zupełny nabłonka powierzchniowego, gdzieniegdzie tylko widoczne są jeszcze na powierzchni jego szczątki. Błona śluzowa jest wyraźnie obrzękła, nierównomiernie drobnokomórkowo naciekła, w wielu miejscach z wyraźnem usadowieniem nacieków około naczyń. Warstwa mięsna jest zachowana i wśród niej miejscami dają się jeszcze wyróżnić 3 zwykłe pokłady, lecz cała ta warstwa jest wogóle silnie poprzerastana przez tkankę łączną, tu i owdzie zaś wśród niej widoczne są również nieznaczne nacieki drobnokomórkowe. Cały ten obraz przemawia za tem, że mamy tutaj uchyłek prawdziwy. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry. Po czterech tygodniach wykonana cystoskopia stwierdziła dobrze wgłębiony do ściany pęcherza lewy moczowód.

b) J. K., l. 25, piwowar. U chorego, u którego przed rokiem usunięto prawą nerkę z powodu gruźlicy i któremu obecnie naświetlano promieniami Röntgena przetoki pooperacyjne, wystąpił nagle bezmocz z objawami mocznicy. W 24 godzin po wystąpieniu bezmoczu, odsłonięto lewą nerkę i wyłuszczono z torebki; ranę całkowicie zeszyto. Już popołudniu tego dnia oddał chory kilkadziesiąt cm^3 moczu, a objawy mocznicy ustąpiły. Od tej chwili stopa moczenia stale się zwiększała, a stan chorego ogólny stale się poprawiał. W pięć tygodni po operacyi wykonana cystoskopia stwierdziła, że indygokarmin wydzielał się z lewego moczowodu po 8 minutach. W moczu mała ilość białka.

c) K. M. Chora zgłosiła się na oddział położniczy jako rodząca, gdzie po paru godzinach urodziła siłami natury płód żywy, donoszony. Zaraz przy pierwszem badaniu rozpoznano u chorej niedrożność jelit; ponieważ niedrożność ta w 24 godzin po porodzie utrzymywała się, przeniesiono chorą na oddział chirurgiczny. Tutaj stwierdzono: brzuch silnie wzdęty, szczególnie po stronie lewej i w okolicy żołądka; odgłos opukowy wszędzie bębenkowy; przy dotykaniu mierna bolesność brzucha. Widoczne stawianie się pętli jelitowych. Macica sięga do pępka. Rozpoznano: **Torsio flexurae sigmoideae.** Natychmiast przystąpiono do otwarcia jamy brzusznej, przyczem okazało się, że pętla esowata była o 180° skręconą i silnie rozdętą; pętlę odkręcono, rurką przez odbytnicę wyprowadzono gazy, a następnie zeszyto powłoki brzuszne. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. W trzy tygodnie później wykonano wycięcie pętli esowatej. Krezka esicy była bliznowato zmieniona i bardzo wązka. Po 4 tygodniach opuściła chora oddział w zupełnie dobrym stanie.

d) W. M., l. 36. Chora cierpi stale na uporczywe zaparcie stolca, trwające czasem 7 dni. Podczas ciąży, których chora już 4 przebyła, dolegliwości te staja się jeszcze uporczywsze. Obecnie znajduje się chora w 5. miesiącu ciąży; od 3 dni silne bóle w dolnej części brzucha, zatrzymanie stolca i wiatrów; równocześnie wystąpiły wymioty, które do tej chwili się utrzymują. Bóle są ciągłe, od czasu do czasu stają się jednak większe, kurczowe. Brzuch silnie w całości wzdęty, najwięcej w okolicy pępkowej. Po lewej stronie czuć przy przesuwaniu ręką wał, który ginie w lewem podżebrzu; podobny wał przebiega poprzecznie ponad pępkiem. Odgłos opukowy wszędzie wysoko bębenkowy; stłumień żadnych nigdzie stwierdzić nie można. Osłuchując, stwierdzić można ponad brzuchem pluskanie z podźwiękiem metalicznym. Stawiania się jelit niema, ale przy napadzie kurczowego bólu stają się wały nieco twardsze. Macica sięga 4 palce poniżej pępka. Rozpoznano: **Torsio flexurae sigmoideae in gravida.** Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono esicę skręconą o 180° i silnie rozdętą. Krezka okazała się bliznowatą, a punkty podstawowe bardzo do siebie zbliżone. Esicę po wypuszczeniu gazów rurką, wprowadzono do jamy brzusznej i zaszyto powłoki. W 13 dni po operacyi opuściła chora oddział.

4) Kol. Blay przedstawia preparaty, uzyskane drogą operacyjną na oddziale ginekologicznym:

a) **Kystoma ovarii simplex,** — godny uwagi ze względu na ogromne rozmiary (waga 12 kg); w związku z tem omawia kol. B. pokrótce podział guzów jajnikowych, usadowienie ich, sposób wzrostu i rokowanie.

b) **Embryoma** (płodziak), w którym na przekroju makroskopowo wybitnie znać wytwory trzech listków zarodkowych: tkankę kostną, chrząstkową, mięsną, nerwową, oraz skórę. Guz ten, który bez wielkich technicznych trudności dał się wydobyć, sprawiał przy badaniu wrażenie mięsaka, wychodzącego z kości miednicy.

c) Wreszcie omawia kol. B. dwa przypadki **ciąży jajowodowych** pękniętych z objawami ostrej niedokrwistości i zwraca uwagę na ważność szybkiego rozpoznania i operowania. Sekretarka: Dr A. Markowa.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4. III. 1913.

1) J. Bełkowski: **Krwiomocz po podawaniu urotropiny w durze brzusznym.** Z pośród 4 przypadków krwiomoczu zależnego od urotropiny, spostrzeganych w ostatnich czasach na oddziale Chełchowskiego, B. zwraca główną uwagę na jeden, który zakończył się śmiercią i w którym badanie pośmiertne stanowić może przyczynek do wyjaśnienia nieustalonej dotąd patogenezy tego zjawiska. Był to chory z ciężkim przebiegiem duru, u którego w 6 dni od czasu podawania urotropiny wystąpił krwiomocz i objawy trudnego moczenia. Po odstawieniu urotropiny objawy te ustąpiły po kilku dniach, ale stan chorego pogorszył się i wkrótce nastąpiła śmierć. Na sekcyi, prócz rozległych owrzodzeń w jelicie cienkiem, znaleziono wybroczyny krwawe w pęcherzu, zajmujące jego dno i zlewające się w jedną krwawą powierzchnię; w moczowodach i szyjce pęcherza wykryto jedynie wybroczyny punkcikowate, w nerkach zaś i miedniczkach nerkowych zmian nie stwierdzono. A więc krwiomocz zależał od podrażnienia pęcherza; zmiany w pęcherzu polegały na złuszczeniu warstw powierzchownych nabłonka i wytworzeniu się wybroczyn, które były punktem wyjścia dla krwiomoczu (B. przedstawił preparaty makroskopowe i mikroskopowe z tych miejsc pęcherza). W pozostałych 3 przypadkach krwiomoczu urotropinę stosowano również z powodu duru brzusznego, a objawy kliniczne pozwalały przypuszczać, że i w tych przypadkach krwiomocz zależał również od podrażnienia pęcherza moczowego. Patogeneza krwiomoczu po stosowaniu urotropiny nie jest jeszcze ustalona. Możnaby przypuszczać, że w przypadkach omawianych następuje wzmożony rozpad urotropiny na formalinę i amoniak, a od nadmiernej ilości wytwarzanej formaliny zależy podrażnienie dróg moczowych, wzgl. krwiomocz. Ponieważ krwiomocz najczęściej się spotyka po stosowaniu urotropiny w ciężkich chorobach gorączkowych, kiedy urotropina łatwiej rozkłada się w ustroju wskutek podniesionej ciepłoty, wzmożonej kwaśności i większego stężenia moczu, to już z tego wnosić można, że w pęcherzu powstają warunki najbardziej sprzyjające podrażnieniu;

ciężko bowiem chorzy oddają mocz rzadko, a jeśli mocz zawierający formalinę, dłużej pozostaje w pęcherzu, to oczywiście działanie toksyczne formaliny przedewszystkiem na nim odbić się musi. Urotropinę stosowano na oddziale Chełchowskiego w 40 przypadkach duru brzusznego od czasu, kiedy Chauffard (1911 r.) zalecił ją, jako środek leczniczy w ostrych sprawach zakaźnych dróg żółciowych i w durze brzusznym. Chorzy znosili urotropinę dobrze pomimo długotrwałego podawania; w 4 jednak przypadkach (10%) wystąpił krwiomocz. Powikłanie to nie wpływało szkodliwie na przebieg duru i po zaniechaniu urotropiny szybko przemijało. Sądząc z przebiegu choroby w wspomnianych 40 przypadkach, należałoby przypuszczać, że urotropiny (0,5—0,6, 3—4 razy dziennie) nie można uważać za lek swoisty w durze: z drugiej strony niezłe naogół wyniki leczenia (7,5% śmiertelności) zachęcałyby do dalszych w tym kierunku spostrzeżeń.

W dyskusyi: a) Wojciechowski zaznacza, że stosując oddawna bardzo często urotropinę w cierpieniach dróg moczowych, ani razu nie widział powikłań lub szkodliwych objawów po jej użyciu. b) Szmurło przypomina, że przed kilku laty wypowiedziano zdanie, iż w płonicy urotropina zapobiega zapaleniu nerek; stosowanie jej nie wywoływało krwawienia, coby przeczyło wnioskom prelegenta. c) A. Sokołowski zapytuje, czy przypadków nacieczenia krwawego błony śluzowej pęcherza w durze po wzięciu urotropiny nie należałoby raczej stawiać w zależności od ciężkości sprawy durowej; wiadomo, że nieraz w durze występują nietylko obfite krwawienia z błon śluzowych, ale również wybroczyny krwawe w tkankach i narządach. Urotropina jest szeroko stosowana i nie wywołuje bynajmniej ubocznych wpływów ujemnych na ustrój chorego. S. zna chorych, którzy wskutek zaburzeń przeważnie nerkowych i pęcherzowych całemi latami zażywają urotropinę, która stale działa dodatnio, nie wywołując objawów ujemnych. d) Bondy zwraca uwagę na brak nabłonka na śluzówce przedstawionego preparatu pęcherza i wyraża przypuszczenie, że zmiany anatomiczne w pęcherzu mogły istnieć już przed podawaniem urotropiny i mogły być przyczyną krwiomoczu. e) Otto zapytuje prelegenta o ciepłotę u chorego z wybroczyną w pęcherzu oraz o charakter wysypki durowej u niego; rodzi się bowiem przypuszczenie, czy przyczyną krwiomoczu nie była zjadliwość zarazka, wywołującego czasem wybroczyny w rozmaitych narządach w przebiegu duru. Zaznacza przytem, że sam, podając w durze urotropinę, ani razu nie spostrzegał krwiomoczu. f) Bełkowski w odpowiedzi zaznacza, że chodziło mu głównie o to, ażeby wykazać, iż krwiomocz po stosowaniu urotropiny zależy przeważnie od podrażnienia pęcherza moczowego i że nerki w tych przypadkach mogą nie ulegać żadnemu podrażnieniu. Że w durze, jak i w innych chorobach zakaźnych, tkanki ustroju są podatniejsze na działanie toksyczne urotropiny, wzgl. formaliny, wynikałoby już z tego, iż przypadki krwiomoczu po stosowaniu tego leku zdarzają się daleko częściej w chorobach zakaźnych, i w tych jednak przypadkach podrażnieniu ulegać może tylko pęcherz, gdyż ściany jego najdłużej są w zetknięciu z moczem. Co się tyczy przypuszczenia kol. Bondy, to prelegent zgodzić się z niem nie może, gdyż zmiany anatomiczne, które widać na preparatach, mają wszystkie cechy zmian świeżych bez rozrostu tkanki łącznej, a mocz przed stosowaniem urotropiny był dokładnie badany i w osadzie nie znaleziono nic takiego, coby wskazywało na cierpienie pęcherza.

2) J. Szmurło: **O polipach nosowogardłowych i ich leczeniu.** Polipy nosowogardłowe należą do nowotworów względnie bardzo rzadkich. Kobyliński do roku 1908 zebrał w całem piśmiennictwie zaledwie 287 przypadków tego nowotworu; Kijewski i Wróblewski ogłosili 14 przypadków polipów nosowogardłowych, spostrzeganych przez nich do 1894 r.; zdaniem Wellsa istnieją laryngolodzy, którzy nigdy nie widzieli tego guza. Nowotwór ten zdarza się najczęściej w wieku młodzieńczym, pomiędzy 10—25. rokiem życia; po roku 25. spotyka się go rzadziej, aczkolwiek $^{1}/_{5}$ przypadków przypada na ten okres życia. Dotyka przeważnie płeć męzką. Miejscem przyczepu według Nelatona jest część podstawna kości potylicznej, gdzie guz wychodzi z chrząstki włóknistej podstawnej. Zdanie to, przyjęte przez wszystkich chirurgów oraz większość laryngologów, zostało poważnie zachwiane przez profesora Jacqueta, który na materyale własnym oraz innych laryngologów, zwłaszcza francuzkich, stwierdził, że najczęstszem, niemal wyłącznem miejscem przyczepu tego guza jest trzon kości klinowej oraz wgłębienie między kością klinową i sitową, a więc najwyżej i najgłębiej położona część nosa. Za tym poglądem przemawia i kierunek wzrostu nowotworu, który zwykle bywa jednostronnym, przenikającym mniej lub więcej głęboko do nosa; gdyby wychodził z trzonu kości potylicznej, powinienby rosnąć przeważnie w kierunku jamy nosowogardłowej i zatykać obie połowy nosa. W sprawie pochodzenia guza istnieje wiele teoryi. Najdawniejszą i najpopularniejszą jest teorya Beuscha, która objaśnia zjawianie się guza, jego nadzwyczajną siłę wzrostu, przewagę u płci męzkiej, oraz skłonność do przemian wstecznych po 25. roku życia, nadmiarem materyału odżywczego, dowożonego do podstawy czaszki w okresie dojrzewania. W okresie życia dziecięcym czaszki u obu płci rosną jednakowo, dopiero podczas dojrzewania płciowego następuje różnica, wskutek czego polipy u mężczyzn zdarzają się częściej, niż u kobiet; na czem wszakże ta różnica polega, autor nie mówi. Ferreri widzi analogię między wyroślami adenoidalnemi, a polipami nosowogardłowymi, które uważa nie za nowotwory, lecz za nowotworzenie się tkanki łącznej, i czyni ich pochodzenie zależnem od zaburzeń działalności wydzielniczej przysadki mózgowej i gardłowej. Przeczy wszakże temu niewątpliwie nowotworowy charakter polipa, który jest typowym włókniakiem, dalej nie tyle analogia, ile antagonizm między polipem i wyroślami, brak wreszcie jakichkolwiek innych objawów, stwierdzających cierpienie przysadki. Również mało uzasadnione są inne teorye (Delsanz, Hirschberg), wyprowadzające początki nowotworu ze struny grzbietowej, oraz z pierwiastków nabłonkowych i łącznotkankowych pierwotnego kanału gardłowego. Prelegent przypuszcza, że w etyologii polipów prawdopodobnie gra rolę uraz nosa, wywołujący często złamanie i skrzywienie przegrody, połączone ze zmianami zapalnemi w okostnej tylnej części lemiesza u jego podstawy, gdzie zwykle obok trzonu kości klinowej istnieje miejsce przyczepu polipa. Pod względem anatomo-patologicznym polipy nosowogardłowe dzielimy na twarde i miękkie. W pierwszych istnieje przewaga pierwiastków łącznotkankowych i nieznaczna liczba naczyń, w miękkich mamy dużo naczyń różnej wielkości. Twarde polipy mało lub wcale nie krwawią, miękkie dają bardzo obfite krwotoki przy najmniejszej przyczynie. Oprócz tych spotykamy jeszcze włókniako-naczyniaki, w których pośród pościeliska łącznotkankowego znajduje się mnóstwo naczyń o cienkich jednostronnych ścianach. Takie polipy nieraz pomimo pozoru włókniaka twardego również krwawią obficie; rokowanie w tych razach jest bardzo poważne, śmiertelność wynosi około 10%. Zejście śmiertelne następuje najczęściej wskutek krwotoku niezwłocznie lub w kilka godzin po operacyi. Późniejszą śmierć wywołuje zazwyczaj posocznica czysta lub w postaci zapalenia płuc septycznego (przypadek prelegenta). Zdarzają się często nawroty. Wyzdrowienie bywa w 78% przypadków.

Leczenie bywa rozmaite, zależne od charakteru guza, jego wielkości i siedziby. Polipy twarde niekrwawiące najlepiej usunąć pętlą zimną lub gorącą. Polipy miękkie łatwo krwawiące, wywołujące wybitną niedokrwistość, najlepiej niszczyć zapomocą elektrolizy, przyczem należy używać prądów o napięciu od 40 do 100 miliamperów. Zabieg ten stosować trzeba w przerwach 3 do 4-dniowych. Po kilku pierwszych zabiegach zazwyczaj zjawia się z po-

cząstku niewielka, ale stopniowo wzmagająca się drożność nosa, co dodaje wielkiej otuchy choremu. Tą drogą można zniszczyć największe polipy w ciągu 20 do 30 posiedzeń. Nieznaczne resztki najlepiej usuwać pętlą lub kleszczami. Nieprzyjemną stronę elektrolizy stanowi tworzenie się suchych strupów, jak w nieżycie zanikowym. Guzy, wypełniające jamę nosowogardłową, należy usuwać przez jamę ustną pętlą lub kleszczami, wielkie zaś guzy najlepiej zapomocą operacyi Mourea lub Denkera. Dla lepszego dostępu do wnętrza nosa Moure przeprowadza cięcie od brwi odpowiedniej strony z boku nosa aż do jego skrzydła, usuwa kość nosową oraz część wyrostka czołowego szczęki górnej. W ten sposób powstaje szeroki otwór, przez który można usunąć nawet największy guz. Denker usuwa całkowicie ścianę przednią i wewnętrzną zatoki szczękowej, co zapewnia szeroki dostęp do wnętrza nosa. Jeśli nowotwór przenika do jamy klinowo-szczękowej, Denker nie oszczędza i tylnej ściany jamy Highmora.

W dyskusyi: a) Kryński nie zgadza się z prelegentem, aby w leczeniu polipów nosowogardłowych wystarczały zabiegi, używane przez laryngologów. Jeśli guz dochodzi do znacznej wielkości, jeśli ma przyczep szeroki na dolnej powierzchni kości podstawnej, to wymienione przez prelegenta sposoby bywają niedostateczne, a często niewykonalne. Wynik dodatni osiągnąć można jedynie zapomocą większej operacyi chirurgicznej. Pomijając szereg metod, dążących do miejsca siedziby guza od zewnątrz przez wycięcie czasowe nosa lub kości jarzmowej, większość przypadków takich dużych guzów nosowogardłowych operować można z powodzeniem od strony jamy ust, przecinając podłużnie podniebienie miękkie, a nieraz i część twardego, które po usunięciu guza zaszywa się dokładnie. Postępowanie to zastosował Kr. parokrotnie w takich przypadkach z bardzo dobrym wynikiem. W ten tylko sposób chirurgiczny można, kierując się wzrokiem i dotykiem, dojść do podstawy nowotworu, usunąć go możliwie doszczętnie, aby zapobiedz nawrotowi, i dokładnie opanować krwawienie, niekiedy bardzo obfite. Tego wszystkiego nie można osiągnąć ani elektrolizą, ani żadną z uważanych przez prelegenta za wystarczające metod laryngologicznych.

b) Srebrny zapytuje, czy prelegent, mówiąc o typowych polipach nosowogardłowych, nie popełnia błędu, przytaczając statystyki, w których są zebrane i nowotwory złośliwe jamy nosowogardłowej (statystyka Kijewskiego i Wróblewskiego obejmuje również kilka takich przypadków). Co do miejsca przyczepu włókniaków, Sr. przytacza spostrzeżenie, w którem guz ten, dążący i do nosa, zrośnięty był ze stropem, zewnętrzną ścianą nosa, przegrodą, tylną ścianą gardła i podstawą czaszki; guz ten był twardy i mocno utkwiony (polypus fibrosus telangiectodes). Polemika prelegenta z Ferrerim co do zależności typowych polipów jamy nosowogardłowej od zmian w przysadce mózgowej polega na błędzie ze strony prelegenta, albowiem autorzy włoscy mówią o związku tych guzów i wyrośli adenoidalnych nie z przysadką mózgową, lecz z opisaną przez jednego z nich przysadką gardłową. Sz. nie zgadza się z przypuszczeniem prelegenta, aby w etyologii typowych polipów nosowogardłowych grać mogły jakąś rolę skrzywienia przegrody nosa; przeczy temu wielka częstość tych ostatnich w porównaniu z względną rzadkością omawianych nowotworów. Wreszcie Sr. dodaje, że spostrzegał i operował włókniaka jamy nosowogardłowej u przeszło 60-letniego mężczyzny.

c) Sokołowski zaznacza, że polipy gardłowonosowe, nawet bardzo wielkie, nie są u nas tak rzadkie. Sam Sok. operował conajmniej kilkanaście takich przypadków, zawsze pętlą zimną, wprowadzoną przez nos. Co do polipów miękkich, krwawiących i rozrastających się szybko, to Sok. na mocy własnego doświadczenia sądzi, że są to w ogromnej większości przypadków nowotwory złośliwe, przeważnie mięsaki, i że ich operowanie pętlą zimną czy gorącą jest bardzo ryzykowne ze względu na obfite krwotoki. Dlatego też istotny postęp w ich leczeniu przedstawia elektroliza, zapomocą której prelegent otrzymał tak dobre wyniki.

d) Szmurło w odpowiedzi Kryńskiemu zaznacza, że przez jamę ustną nie można usunąć długich wyrostków, idących do jamy nosowej, o czem się przekonał w dwu przypadkach, operowanych przez chirurgów. Elektroliza nie jest bynajmniej zabiegiem długo trwającym, jeśli zważyć, że daje choremu możność pozbycia się guza. Po kilku posiedzeniach chory czuje się doskonale, bo czynność oddechowa nosa wraca, chory chętnie się więc zgadza na dalsze, nieco nawet bolesne stosowanie tego zabiegu. Zresztą zabiegu tego używać należy wyłącznie w przypadkach polipów miękkich, łatwo krwawiących, których operowanie grozi śmiercią wskutek utraty krwi. W odpowiedzi Srebrnemu zaznacza Szmurło, że aczkolwiek skrzywienia przegrody wogóle są sprawą częstą, to skrzywienia znaczne chrząstkowo-kostne występują zaledwie w 15% przypadków. W takich skrzywieniach, zwłaszcza zależnych od urazu, możliwe jest owo przypuszczalne zapalenie okostnej, które może być punktem wyjścia dla nowotworu. O przysadce gardłowej w odczycie swym wspomina, rola jej wszakże, jak można sądzić z prac autorów włoskich, jest dość niejasna, a nawet obraz jej mikroskopowy, podawany przez Ferreriego, nasuwa wiele wątpliwości.

Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie polskie w Kijowie.

Posiedzenie z d. 16. I. 1913.

Przewodniczący Knothe. Obecnych członków 28.

1) M. Łażyński. **W sprawie przesądu w medycynie.** Wszystkim wiadomo, jak rozpowszechniony jest zabobon w sprawach lecznictwa i higieny wśród ludu; nie wolne też są od niego sfery oświecone; wreszcie dość często spotykamy się z przesądami leczniczymi również u lekarzy. Te ostatnie, to pewne idee i oparte na nich postępowanie w zakresie nauki lekarskiej (teoryi i praktyki), niezgodne z bezstronnem logicznem rozumowaniem i bezstronną oceną zjawisk życiowych, sumiennie badanych. Idee to jednak, mające źródło w dobrej wierze, że tak, a nie inaczej należy dla dobra nauki i cierpiącej ludzkości postępować. Tem różni się przesąd od szarlataneryi. Przesądu nie należy utożsamiać z niewiadomością, nieuctwem i zacofaniem. Rozmaite są źródła przesądu w świecie lekarskim. Oto najważniejsze: mniemanie, że medycyna jest tylko nauką, nie zaś sztuką, wymagającą swoistej techniki, przesadny konserwatyzm, zbytnia nieufność względem nowych zdobyczy wiedzy, nadmierny pochop do rzeczy nowych, nowych sposobów i środków leczniczych, ignorowanie zjawisk przyrody i spostrzeżeń klinicznych na korzyść teoryi, wysnutych »a priori«; zasklepianie się w wązkich granicach pewnej specyalności, bezkrytyczne zaufanie dla głośnych powag i sławnych imion. Nie są to bynajmniej wszystkie czynniki, wytwarzające przesąd w medycynie. Jest ich wiele, zresztą dziś są one takie, jutro mogą być inne. Głównego źródła przesądu oczywiście szukać należy w właściwej ludzkiej naturze skłonności do lenistwa, odpoczywaniu na raz zdobytych pozycyach. Lekarstwem na to będzie bezustanne dążenie do prawdy.

Dyskusya: a) Trzebiński: Za zasługę należy poczytać kol. Ł., że w swym wykładzie mówił nietylko o zabobonach i przesądach laików, lecz też o uprzedzeniach w świecie lekarskim. Do przykładów, zacytowanych przez prelegenta, możnaby dodać jeszcze nieusprawiedliwioną przez doświadczenie, aczkolwiek zrozumiałą jako reakcya na poprzednie nadużycia w tym kierunku, obawę przed upustami krwi, która zapewne niejedno życie kosztowała; przecenianie korzyści mięsnej dyety, wyskoku i t. p.

b) A. Januszkiewicz: Sądziłbym, że prelegent niesłusznie stosuje termin »przesąd« do pojęć, które w swoim

czasie panowały w medycynie, opierając się na ściśle naukowych dla ówczesnej epoki poglądach. W danym razie, słuszniej możnaby mówić o zacofaniu, trzymaniu się starych zapatrywań, jednem słowem o błądzeniu. Termin »przesąd« jest poniekąd synonimem zabobonu. Przesądem np. będzie nieobcinanie paznokci w dnie, w których nazwie zachodzi litera »r«, z obawy wytworzenia się zadzierków, ale trzymanie się starej Listerowskiej antyseptyki nie jest przesądem, tylko zacofaniem.

c) Gilewicz: Prelegent zastrzega sobie w odczycie, iż należy odróżnić pochop do innowacyi, ignorancyę i konserwatyzm od przesądu, a pomiędzy innymi czynnikami od nich uzależnić powstawanie przesądów. Podając jednak przykłady przesądów, wspomniał o panującej swego czasu teoryi, że to, co dzisiaj nazywamy zakażeniem w ranie, zależy od wadliwości soków ciała, a także o zapale, z którym niegdyś przyjęto tuberkulinę Kocha, nadmieniając, iż zapał ten nie pozwalał wówczas na bezstronne ocenianie istotnej wartości tego leku. Gilewicz twierdzi, że obie teorye były w swoim czasie oparte na ścisłych badaniach naukowych: pierwsza na nauce Rokitanskyego, posiadającej wtedy dostateczne naukowe uzasadnienie, druga na tem, co wówczas wiedziano o odporności. Myśli zaś, stanowiące punkt wyjścia owych poglądów, aczkolwiek obecnie nowemi badaniami rozświetlone, przetrwały przecież do dnia dzisiejszego, nie nadając się tem samem na przykłady przesądu.

d) Sielicki: Lecznictwo często opiera się na rutynie, mającej swe źródło w bezkrytycznem stosowaniu w praktyce poglądów, wypowiedzianych przez uznane powagi naukowe, natomiast nowe zapatrywania, wygłoszone przez nieznanych skądinąd ludzi, mało znajdują wiary, dopóki nie potwierdzi ich jakaś znana firma. Zresztą przyznać trzeba, że nowe poglądy także jeszcze dlatego spotykają się z niewiarą, iż niejednokrotnie podstawę ich stanowi zbyt szczupła ilość obserwacyi.

e) Wojciechowski: Przykłady, cytowane przez prelegenta i kol. Trzebińskiego, nie wszystkie są szczęśliwie dobrane. Listerowską metodę dziś jeszcze stosujemy tam, gdzie nie możemy przeprowadzić aseptyki, a wartość odżywczą mięsa i teraz się uznaje.

f) Makowski: Przesądy w tym sensie, w jakim to słowo pojmuje kol. Łążyński, będą istnieć zawsze, gdyż zawsze jedna część świata lekarskiego w zapatrywaniach swych wyprzedzać będzie drugą.

g) Trzebiński: Wartość odżywcza białka zwierzęcego naturalnie nie podlega żadnej wątpliwości, również nie miałem wcale zamiaru przeczyć znaczeniu krwi dla ustroju. Natomiast twierdziłem i twierdzę, że »uprzedzeniem« był panujący swojego czasu w świecie lekarskim (niemieckim i naszym) wstręt do upustów krwi nawet tam, gdzie były wyraźne do tego wskazania, albo też pchanie w chorych mięsa nawet wtedy, kiedy ci ostatni czuli doń wyraźną odrazę.

h) Łążyński: Pomiędzy przesądem a nieuctwem i zacofaniem bezwarunkowo różnica istnieje, przyznać atoli należy, że częstokroć zanadto subtelna, aby ją odrazu dostrzedz było można. Pod słowem: zabobon, rozumiemy pojecie nie zawierające ani żadnej idei, ani zdrowego sensu. Przykłady, przytoczone przez kol. Januszkiewicza, nie mogą się stosować do przesądów w świecie lekarskim.

2) J. Makowski przedstawia dwoje chorych, operowanych w szpitalu Aleksandrowskim. a) Kobieta, 29 lat, od lat 10 cierpi, jak powiada, na kolkę żółciową. Z początku parę razy do roku napady bólów w okolicy pęcherzyka żółciowego, rozpromieniujące się do łopatki i szyi, potem częściej. Ostatnimi czasy charakter bólów przewlekły, tępy, niezdolność do pracy. Brzeg wątroby na dwa palce poniżej łuku żebrowego; pod nią guz o gładkiej powierzchni, poruszający się wraz z wątrobą przy oddechu. Makowski był pewien, że chodzi tu o kolkę żółciową; przytłumienie odgłosu opukowego, które dawało się wykazać poniżej kąta prawej łopatki, tłómaczył sobie powiększeniem wątroby. Przy operacyi pokazało się, że był to **bąblowiec** wielkości głowy ludzkiej. Ponieważ nie można było usunąć całej torebki, zrośniętej częściowo z żyłą główną i aortą, więc zapomocą tylnego cięcia i resekcyi 12. żebra utorowano sobie do niej dostęp od tyłu, wszyto w tę ranę pozostałą część torebki, przednią ranę zaś zaszyto na głucho. Chora już pół roku czuje się dobrze.

b) Chory 32-letni. Z początku objawy napadowo występującej niedrożności jelit. Po kilku miesiącach chory sam zaczął wyczuwać guz w prawej stronie brzucha. Przy badaniu brzuch miękki, nie wzdęty, żołądek leży prawidłowo. Z prawej strony guz wielkości pięści o nierównej powierzchni, ruchomy więcej ku górze, niż ku dołowi i na bok. Ponad nim odgłos bębenkowy, prócz tego wyczuwa się zgrubiałe jelito cienkie, wyraźnie ruchome przy podrażnieniu. Sok żołądkowy prawidłowy, w kale krwi niema. Rozpoznanie wahało się pomiędzy nowotworem kiszki ślepej, a wgłobieniem. Operacya: **nowotwór ślepej kiszki**, który usunięto wraz z częścią jelita cienkiego, kiszki grubej oraz sieci. Ranę zaszyto na głucho. Badanie wykazało raka. Na szósty dzień chory zaczął jeść mięso, a na 10. wstał; obecnie ma się dobrze.

Dyskusya. a) Łążyński wyczuwał (w drugim przypadku) przed operacyą wyraźnie zgrubiałą doprowadzającą część kiszki. Za niezwykły objaw uważa przerost doprowadzającego jelita, gdyż nie zdarza się to przy nowotworach złośliwych. Tłómaczy się to może młodym wiekiem chorego, albo też tą okolicznością, że nowotwór rozwijał się powoli, dając czas na wytworzenie się odczynu.

b) Januszkiewicz: Wielka ruchomość nowotworu mogła naprowadzić na myśl o raku; mówił o tem w swoim czasie Obrazcow, potem Hausmann. Guzy takie dają się chować w podżebrze. Trudno sobie wytłómaczyć, dlaczego istniejące w tym przypadku wgłobienie — nie mówiąc już o nowotworze — mogło nie dawać krwi w kale. Co się tyczy niedrożności jelit, to w podobnych przypadkach powtarza się ona nieraz, a powstaje wskutek czasowego nagromadzenia się kału w zwężonem jelicie i zamknięcia jego światła. Z okazyi pierwszego przypadku Januszkiewicz przypomina sobie, że sam kiedyś wziął za pęcherzyk żółciowy, wypełniony kamieniami, nowotwór złośliwy, przylegający do zdrowego pęcherzyka, a zrośnięty od tyłu z kręgosłupem i górną powierzchnią nerki. Bólów w tym przypadku nie było.

c) Cichocki pyta, czy nowotwory kiszki ślepej lepiej operować jednoczasowo, czy też dwuczasowo.

d) Makowski odpowiada, że o ile zajęta jest także kiszka gruba, to (według Kochera) lepiej dwuczasowo.

e) Fudakowski: W tym przypadku wynik zabiegu operacyjnego był doskonały, niezawsze jednak udaje się pokryć cały brak otrzewną, a w takim razie trzeba tamponować. Boczny szew jelita, zastosowany przez referenta jest na kiszce grubej praktyczniejszy od poprzecznego.

f) Żebrowski pyta, czy w drugim przypadku referenta badano siłę antytryptyczną surowicy krwi, oraz stwierdza ruchomość kiszki ślepej przy raku.

g) Makowski odpowiada, że odczynu antytryptycznego u jego chorego nie wykonywano.

Posiedzenie z d. 6. II. 1913.

Obecnych członków 25. Przewodniczy prezes Knothe.

Dr M. Pietkiewicz: **Wady wrodzone nerek w związku z niedokształtem układu rodnego.** Referent opisuje 4 przypadki wad rozwojowych nerek, operowane w ginekologicznym oddziale szpitala miejskiego w Kijowie. U chorych rozpoznawano przed operacyą guzy przydatków macicy (torbiele jajników); podczas operacyi znaleziono we wszystkich 4 przypadkach nerkę miedniczą. W pierwszym przypadku stwierdzono przemieszczenie u osobnika o nieprawidłowym rozwoju kośćca, mającego na powierzchni ciała szereg cech zwyrodnienia. W dwóch innych znaleziono

oprócz dystopii, nieprawidłowości w układzie rodnym: w jednym niedokształt jajowodów, w drugim brak zupełny wewnętrznych narządów rodnych. W ostatnim przypadku oprócz dystopii prawej nerki stwierdzono wrodzony brak lewej nerki. Referent przytacza teorye, wyjaśniające patogenezę wad rozwojowych narządu moczowopłciowego i omawia szczegółowo sposoby rozpoznawania i chirurgicznego leczenia dystopii nerek. (Odczyt ten przeznaczony do druku).

Dyskusya: a) Fudakowski pyta, w jaki sposób określa referent długość moczowodów, dalej czy nerka w IV przypadku była podkowiastą nerką miedniczą, czy też podwójną, powstałą ze zrośnięcia dwóch nerek. W ostatnich czasach mianowicie spotyka się w literaturze coraz więcej przedoperacyjnych rozpoznań nerek podkowiastych. Zwraca się teraz szczególną uwagę na tę nieprawidłowość dlatego, że podkowiaste nerki często bywają siedliskiem spraw chorobowych. Przy rozpoznawaniu ich oddaje dobre usługi pyelografia.

b) Peszyński: Pierwszy przypadek referenta znany jest Peszyńskiemu. Chora po operacyi z początku miała się dobrze, potem jednak zaczęła się skarżyć na różne dolegliwości. Cewnikowanie moczowodów przed operacyą ginekologiczną dałoby nieraz cenne wskazówki, nie zapobiegłoby jednak wszystkim zbytecznym operacyom, ponieważ niezawsze przy guzach małej miednicy można otrzymać dokładny wymiar i topografię moczowodów.

c) Weller, nawiązując do I. przypadku, w którym stwierdzono połowiczy zanik twarzy, sądzi z całego szeregu cech zwyrodnienia, że chodziło tu o sprawę wrodzoną. Teorya zakaźna Möbiusa (mowa tu o zakażeniu nerw. obwod.) dotyczyć może tylko nabytych spraw tego rodzaju. Zresztą teorya ta obecnie już nie cieszy się powodzeniem. Przyczyny połowiczego zaniku szukać należy według Brissauda w nieprawidłowościach ośrodków nerwowych. Oppenheim natomiast upatruje źródło tej choroby w układzie współczulnym, co jest najprawdopodobniejsze.

d) Pietkiewicz odpowiada Fudakowskiemu, że najlepiej używać cewników z centymetrowemi podziałkami. Że cewnik tkwi w miedniczce, o tem przekonujemy się, obserwując dokładnie mocz, wyciekający z cewnika, który wówczas wydziela się w zupełnie właściwy sposób. W przypadku IV chodziło o jedną tylko nerkę z pojedynczym moczowodem, rozwidlającym się coprawda nakształt litery Y. W odpowiedzi Peszyńskiemu powołuje się referent na swą pracę w »Przeglądzie ginekologicznym i chirurgicznym«: »O technice badania moczowodów«. W istocie nieprawidłowości moczowodów mogą niekiedy naprowadzić na fałszywe wnioski. Zresztą obok cewnikowania w wątpliwych przypadkach należy stosować pyelografię. Wellerowi referent odpowiada, że znalazł w literaturze przypadki połowiczego zaniku, który się rozwinął po chorobie zakaźnej.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dn. 16. III. 1912.

I. Kol. Rzętkowski (z Warszawy): **Stan obecny sprawy nieoperacyjnego leczenia nowotworów złośliwych.** (Druk. w »Gazecie lekarskiej« Nr 15 i 16, 1913 r.).

W dyskusyi a) kol. Bartkiewicz podnosi, że ścisła ocena wartości tych lub innych metod leczniczych powinna przedewszystkiem uwzględniać stopień złośliwości danego nowotworu. Tymczasem sprawdzian złośliwości nowotworów nie został dotychczas ściśle ustalony. Sądy o skuteczności pewnych metod leczniczych opierają się na stosowaniu ich przy nowotworach powierzchownych, które podlegają wyleczeniu pod wpływem rozmaitych środków. Wstrzykiwanie miazgi nowotworowej powinno być zarzucone, często bowiem wywołuje burzliwe objawy ogólne. Antimeristem Schmidta nie ma żadnej wartości leczniczej. Salwarsan, stosowany przez kol. B. przy mięsakach, dawał wyniki ujemne.

b) Kol. Rozenfeld sądzi, że przy obecnym stanie lecznictwa nie można przeciwstawiać zasadniczo leczenia zachowawczego — operacyjnemu. Obydwa sposoby postępowania powinny wzajemnie uzupełniać się i wspierać. Dalej mówi kol. R. o pominiętem przez prelegenta stosowaniu związków chlorowych (Brissaud, Becker), o autoseroterapii (Ridley) i wpływie wysokiej ciepłoty, wywoływanej wstrzykiwaniami nukleinianu sodu. W końcu kol. R. zauważa, że z całego mnóstwa omówionych w odczycie środków i sposobów leczniczych, w praktyce codziennej należałoby korzystać tylko z tych, których działanie uboczne jest najmniej szkodliwe, stosowanie — łatwe, wpływ ogólny na ustrój — pożyteczny. Warunkom tym odpowiadają najwięcej: chinina, arszenik i związki chlorowe.

c) Kol. Biegański opisuje przypadek nawrotu raka w gruczołach szyjnych, wyleczonego naświetlaniem promieniami Roentgena. Dalej przypomina 2 przypadki nowotworów złośliwych, przedstawione przez kol. Wrześniowskiego i leczone jednocześnie sposobem operacyjnym i wstrzykiwaniami salwarsanu. Kol. B. sądzi, że wszystkie metody lecznicze, omówione w odczycie, grzeszą jednostronnością. Mając jedynie na celu niszczenie nowotworu, zapominają o ustroju chorego. Już Dmochowski zwrócił uwagę na brak odczynu obronnego w tkankach, otaczających nowotwór złośliwy. Być może, że zjawisko to jest wynikiem ogólnie zmniejszonej odporności ustroju. Chcąc usunąć nowotwór, trzeba przywrócić ustrojowi utraconą odporność.

d) Kol. Bartkiewicz dodaje, że ostatnie uwagi kol. Biegańskiego zmuszają go do zabrania głosu w sprawie, nad którą oddawna pracuje i którą w swoim czasie poda do wiadomości ogólnej. Na razie może tylko powiedzieć, że w każdym preparacie z tkanek, otaczających nowotwór złośliwy, widać ślady walki, podjętej przez ustrój. Oddziaływanie na tkanki otaczające, podtrzymanie ustroju w tej walce — będzie zapewne podstawą leczenia nowotworów złośliwych w przyszłości.

e) Kol. Rzętkowski odpowiada, że probierzem złośliwości nowotworów są przedewszystkiem dane kliniczne, stwierdzające niewspółmierność między wielkością i siedzibą guza, a natężeniem zgubnych objawów choroby nowotworowej (charłactwo, niedokrwistość). O złośliwości świadczą również przerzuty. Żądany probierz dałby się może uzyskać na gruncie badań serologicznych oraz poszukiwań zaczynów obronnych metodą Abderhaldena, wreszcie na gruncie szczegółowych badań nad przemianą materyi (stwierdzenie ujemnego bilansu azotowego, kw. proteinowych w moczu i t. p.). Należałoby też zwrócić uwagę na właściwości osobnicze i rasowe, które mogą wpływać na taki lub inny przebieg nowotworów złośliwych. Słuszny jest pogląd, że w leczeniu nowotworów złośliwych należy dążyć do wzmacniania odporności chorych (arszenik, chinina), aczkolwiek działanie bezpośrednie na nowotwór wydaje się również bardzo wskazanem (wakcynoterapia). Referent próbował »autohemoterapii«, zalecanej przez Krokiewicza, ale bez skutku. W końcu kol. R. podkreśla, że obowiązkiem lekarza wobec chorego z nowotworem złośliwym jest nieopuszczanie rąk i stosowanie metod leczenia nieszkodliwych, bez względu na ich uzasadnienie naukowe.

II. Kol. Rozenfeld: **Pokaz viscosimetru Hessa.** Z powodu spóźnionej pory kol. R. ograniczył się tylko do krótkich wyjaśnień co do budowy przyrządu, sposobu jego użycia, oraz co do stanu lepkości krwi w warunkach fizyologicznych. Dalszą część referatu — o znaczeniu klinicznem badania lepkości krwi — odłożono na jedno z następnych posiedzeń.

Karol Rozenfeld.

Działalność Warszawskiego Towarzystwa higienicznego w r. 1912.

Towarzystwo higieniczne warszawskie jest instytucyą, rozciągającą swą działalność na całe Królestwo polskie przez swe oddziały prowincyonalne, a w samej Warszawie zarządzającą kilku wielkimi zakładami higienicznymi i skupiającą wszystkie niemal działania społeczno-higieniczne. Toteż znaczenie jego działalności jest bardzo wielkie, zwłaszcza, że pod zaborem rosyjskim skazani jesteśmy w zakresie higieny społecznej na samopomoc, i to jeszcze zmuszoną zwalczać niejedną przeszkodę tam właśnie, gdzie inne społeczeństwa znajdują poparcie swych usiłowań. Stąd też praca Warszawskiego Towarzystwa higienicznego zasługuje na baczną uwagę ogółu naszego, a w pierwszym rzędzie kół lekarskich. Pracę tę odzwierciedlają doroczne sprawozdania, z których ostatnie, za r. 1912, wyszło w kwietniowym zeszycie »Zdrowia«.

W roku tym liczyło Towarzystwo 312 członków rzeczywistych, a 97 zwyczajnych. Na czele zarządu stał Dr Józef Polak, wiceprezesem był Dr J. Bączkiewicz, sekretarzem Dr Witosław Dąbrowski. Dochody własne Towarzystwa wynosiły 3478·35 rb., wydatki 3700·40 rb., w zamknięciu rachunków pozostała więc przewyżka strat 222·05 rb. W bilansie Towarzystwa wynosiły fundusze budowy domu 17.912·67 rb. Na r. 1913 przewiduje Towarzystwo 3575 rb. dochodu i tyleż wydatku.

Całą działalnością Towarzystwa kieruje Rada zarządzająca. W sprawozdaniu z jej czynności wymieniono jako rzeczy ważniejsze: urządzenie szeregu wykładów z zakresu higieny osobniczej, przygotowanie szeregu posiedzeń dyskusyjnych w sprawach dotyczących samorządu, opracowanie programu i przygotowanie planów własnego domu, którego budowa już się rozpoczyna, utworzenie do niektórych ważniejszych spraw osobnych delegacyi, jakoto: delegacyi do spraw samorządu miejskiego, do urządzania odczytów, do opieki nad dziećmi i higieniczno-szkolnej. Do rozważenia projektów prawa o zdrojowiskach i prawa o zabezpieczeniu czystości powietrza, wody i gruntu wybrano osobne komisye. Rada wydawała dalej opinie w całym szeregu spraw sanitarnych na życzenie osób prywatnych, Towarzystw, przedsiębiorstw i t. d. Podupadła natomiast działalność Biura informacyjnego zdrojowego, które w r. 1912 udzielało informacyi tylko co do Ojcowa. Fundusz na kąpiele ludowe z zapisu ś. p. Ludwika Górskiego został w r. 1912 wyczerpany; udzielono z niego w tym roku 3 zasiłki na łaźnie ludowe w 7 miejscowościach. W 16 innych miejscowościach przykład ten podziałał i pobudził czynniki miejscowe do podjęcia starań o budowę łaźni; niestety na udzielenie zasiłków dla tych 16 miejscowości funduszów już nie stało. W sprawach sanitarnych z zakresu oczekiwanego samorządu opracowano (w delegacyi do tych spraw, podzielonej na podkomisye) sprawę brukowania, wodociągów, kanalizacyi, oświetlenia ulic i kredytu komunalnego; opracowanie innych działów jest w toku.

Z Wydziałów Towarzystwa, pracujących w Warszawie, wykazuje Wydział higieny miast i mieszkań 3 wykłady, klimatologiczno-balneologiczny 5 wykładów, wychowawczy 4 wykłady na czterech publicznych posiedzeniach, tyleż Wydział szpitali i przytułków, 3 Wydział przeciwalkoholiczny, a jeden wykład — Wydział biologiczny. Delegacya dla sprawy miast-ogrodów rozwijała propagandę zapomocą pogadanek w powstałem pod jej egidą »Towarzystwie mieszkań stałych«. Najruchliwszym jednak był, jak się zdaje, z Wydziałów Towarzystwa »Komitet badania i zwalczania raka«. Komitet ten uzyskał u Towarzystwa naukowego Warszawskiego przyrzeczenie, iż w gmachu tego Towarzystwa znajdzie pomieszczenie pracownia do badań nad rakiem i począł gromadzić fundusze na rzecz tej pracowni. Dalej przygotowano odczyt publiczny o raku, ogłoszono konkurs na pracę »O wczesnem rozpoznawaniu raka« z nagrodą 300 rb., rozesłano w dwudziestu kilku tysiącach egzemplarzy ułożoną przez wiceprezesa komitetu, Dr J. Jaworskiego »Przestrogę dla kobiet« i osobno odezwę w sprawie raka do akuszerek, opracowano (Dr J. Jaworski) i ogłoszono drukiem materyały statystyczne, zebrane w szpitalach warszawskich i zorganizowano sprawozdania z prac o raku dla »Zdrowia«.

Organ Towarzystwa higienicznego, miesięcznik »Zdrowie«, redagowany przez Dr J. Jaworskiego, wydał w r. 1912 na 916 stronnicach druku (z 23 rysunkami i 19 tablicami) 27 prac oryginalnych, 8 artykułów wstępnych, poruszających sprawy ważne, a będące na dobie, 71 sprawozdań ze wszystkich działów higieny, 5 rozbiorów krytycznych, 10 życiorysów, 172 różnych drobniejszych wiadomości, w końcu protokoły i sprawozdania Wydziałów Towarzystwa, Oddziałów prowincyonalnych i instytucyi Towarzystwa, oraz Dziennik Zjazdu higienicznego. Koszt wydawnictwa wynosił 2561·92 rb.. a wobec dochodów własnych wydawnictwa, wynoszących 1590·88 rb. i pozostałości z r. 1911 w kwocie 454·28 rb., potrzebowało ono ze strony Towarzystwa hig. tylko 516·76 rb. zasiłku.

Z Oddziałów prowincyonalnych Towarzystwa, czynnych w r. 1912, każdy może się wykazać działalnością pożyteczną i wytrwałą, a trzy — pokaźną w r. 1912 zdobyczą w postaci łaźni ludowych. Niestety obok czynnych, jest 6 oddziałów, które zawiesiwszy swą działalność w czasie niedawnych przejść politycznych, dotąd jej nie wznowiły i w r. 1912 były nieczynne (Piotrków, Łomża, Ostrowiec, Kielce, Otwock, Suwałki).

W Częstochowie Oddział liczył 117 członków, miał 1114·09 rb. dochodu, 943·03 rb. rozchodu. Prowadził on Muzeum higieniczne, które w r. 1912 zwiedziło 4250 osób pod kierunkiem osobnego instruktora, słuchacza medycyny, posiadał pracownię higieniczno-analityczną i urządził ogródek dziecinny, do którego w ciągu 2 miesięcy uczęszczało dziennie 100—200 dzieci. — Oddział Kaliski, mający 3 sekcye (biologiczną, wychowawczą i higieny ludowej), liczył 139 członków. Stworzył on w r. 1912 kąpiele ludowe, których budowa kosztowała 12.500 rb., a w których w r. 1912 wydano 2976 wanien; z natrysków korzystało 6073 osób, dzieci szkolnych wykąpano bezpłatnie 5360. Sekcya wychowawcza oprócz udziału w wystawie pracy kobiet w Pradze zajmowała się prowadzeniem systematycznej gimnastyki w 5 szkółkach miejskich dla 480 dzieci i zorganizowaniem kąpieli dziatwy szkolnej. W sekcyi biologicznej przeprowadził Dr Koszutski badania 1200 dzieci zapomocą odczynu tuberkulinowego (74% odczynów dodatnich). — Oddział kujawski we Włocławku również zbudował w r. 1911 kąpiele ludowe (kosztem 12.235 rb.), prowadził ogródek zabaw dziecięcych (średnio dziennie 55 dzieci), na który uzyskał w r. 1912 plac od miasta, i urządził Zjazd higieniczny, co wymagało niemało pracy i trudu, zwłaszcza że Oddział liczy tylko 47 członków, a rozporządzał w r. 1912 tylko 613·32 rb. dochodu. — Oddział Lubelski (mający 4 sekcye: »Kropli mleka«, »Ogrodów zabaw dzieci«, muzeum, tanich kąpieli) liczył członków 103, i rozporządzał 2597·94 rb. dochodu. Prowadził on ogródek zabaw, »Kroplę mleka« (wydano 1660·97 rb.), kąpiele im. Prusa w Nałęczowie i wydawał i rozpowszechniał broszurki o zapobieganiu chorobom zakaźnym. — Oddział Łowicki, liczący 41 członków, miał 3656·17 rb. dochodu, a 5236·68 rb. rozchodu. Jestto trzeci z oddziałów prowincyonalnych, który pochlubić się może zbudowaniem w r. 1912 kąpieli ludowych (otwartych już przy końcu roku) kosztem około 10.000 rb. — Oddział Płocki zajęty był głównie sprawami higieny miejskiej oraz prowadzeniem ogrodu im. Jordana, którego los dalszy jest niestety w zawieszeniu z powodu braku stosownego pomieszczenia (miasto nie ma do rozporządzenia placu, któryby na ten cel bezpłatnie oddać mogło). — Oddział Radomski miał 62 członków, 1183·18 rb. funduszów, a tylko 186 rb. stałego dochodu rocznego (z wkładek członków). Oddział ten prowadził 2 ogródki dziecięce, podobno w r. 1912 z powodu nieodpowiednich kierowniczek niezbyt pomyślnie, oraz urządził w r. 1912 przychodnię (dispensaire) dla gruźliczych. — Wreszcie ostatni z ośmiu czynnych w r. 1912 Oddziałów prowincyonalnych, Sosnowiecki, istniejący dopiero drugi rok, miał 187 członków, 6908·37 rb. dochodu, 1683·49 rb. majątku. Oddział ten miał 3 sekcye (wychowawczą, higieny miast i mieszkań, kolonii letnich), wysłał na kolonie letnie 444 dzieci (wydano na koloniach 5481 rb. na utrzymanie 246 dzieci, gdyż koszt utrzymania reszty pokryły fabryki i Towarzystwo dobroczynności).

Z obszernego rozdziału o działalności ogrodów im. Raua w Warszawie przytoczyć należy przynajmniej najważniejsze daty: W ogrodach tych prowadzono w r. 1912: 1) Gry ruchowe w 8 ogrodach — (348530 »uczęszczań«, średnio dziennie 287 dzieci w zabawach dowolnych, 307291 »uczęszczań«, średnio dziennie 2124 dzieci w zabawach zorganizowanych, wreszcie 29498 »uczęszczań«, średnio dziennie 226 w zabawach sportowych). 2) Gimnastykę (w zastępach uczniowskich i w zastępach rzemieślniczych, razem 20016 »uczęszczań«), śpiewy i grę na instrumentach (wprowadzoną po raz pierwszy w r. 1912). 3) Kąpiele rzeczne w Wiśle (68.847). 4) Kąpiele ciepłe (8724). 5) Naukę pływania (75 uczestników). 6) Ślizgawkę (21183 »uczęszczań«). 7) Wycieczki statkiem na Wiśle (cztery, 1532 dzieci). 8) Zawody w grach ruchowych. 9) Szczepienie ospy. — Urządzono też »Jasełka« dla dzieci. Personal ogrodów, zostający pod kierunkiem głównego kierownika i lekarza ogrodów, składał się z 63 osób,

które przeszły kurs przygotowawczy (72 godzin). — Ogólna liczba uczęszczań wynosiła 813,927 (o 43.088 więcej, niż w r. 1911), koszt jednego wynosił 4.05 grosza przy ogólnym wydatku 17.225·92 rb. Bilans ogrodów za r. 1912 zamyka się kwotą 324.561·81 rb.

Instytut higieny dziecięcej bar. Lenvala, prowadzący »Kroplę mleka«, biuro porady dla matek, udzielający pomocy lekarskiej, zabiegów lekarskich i higienicznych, gimnastyki, kąpieli itd., udzielił 264 porad dentystycznych, wykonał 973 szczepień krowianką, wydał 30.836 kąpieli; z gimnastyki korzystało 264 dzieci. Porad leczniczych udzielono 7102, lekarstw bezpłatnie 5819. Buteleczek mleka wyjałowionego wydano 91046. We wszystkich tych działach działalność wzrosła. W rachunkach (11828·35 rb. dochodu, 10907·52 rozchodu) zdołano uniknąć zagrażającego instytucyi niedoboru tylko dzięki hojniejszej ofiarności publicznej.

Sanatoryum w Rudce dla chorych na gruźlicę znajduje się w przededniu rozszerzenia, które podjąć miano z wiosną 1913. Koszt dobudowy wyniesie około 200.000 rb. Na tę dobudowę zebrano z ofiar dobrowolnych do końca r. 1912 tylko 36.425 rb.; już w r. 1913 wpłynęło 35000 z zapisów testamentowych, wszystko to razem jednakże pokryje ledwo czwartą część obliczonych kosztów dobudowy. Bilans Rudki wykazuje 315.174 rb. majątku, a 45407 rb. długów. Koszt utrzymania chorych na dzień i głowę wynosił 2·42 rb., samego pożywienia 1·17 rb. W r. 1912 leczyło się średnio dziennie 69 chorych; leczenie jednego chorego trwało średnio 131 dni. Wyniki leczenia były równe wynikom, osiąganym w innych podobnych zakładach: u chorych w I okresie uzyskano poprawę w 92%, w II okresie w 84%, w III okresie w 52%. Sprawozdanie lekarskie z Sanatoryum jest opracowane bardzo starannie przez Dyrektora Sanatoryum, Dr Gałeckiego.

C.

XVII. międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie.

Na zapytania, z kilku stron wystosowane do mnie, czy Komitet polski stały dla międzynarodowych kongresów lekarskich i tym razem pośredniczy w zgłaszaniu się chcących brać udział w kongresie, odpowiadam na tej drodze, co następuje:

Komitet, organizujący Kongres w Londynie, nie zgłosił się wprawdzie, jak to dawniej bywało, z prośbą o pośrednictwo, ale na obszerne zapytanie moje odpowiedziano tylko, że dla naszego Komitetu przewidziane jest biuro w Londynie w czasie Kongresu. Nie odbierając żadnych informacyi, jako prezes Komitetu polskiego, a jedynie osobiste zaproszenie, zgłosiłem się niedawno po odpowiednie zaproszenia i karty zgłoszeń. Sądzę, że je wkrótce otrzymam, w takim razie zgłaszającym się do biura naszego, Wolska 15, Kraków, natychmiast wysłać polecę.

Dla informacyi donoszę, iż Kongres odbędzie się od 6—12 sierpnia. Biuro Kongresu znajduje się 13 Hinde Street. W. London.

Językiem urzędowym jest język angielski, francuski i niemiecki. Na posiedzenia uroczyste dopuszczono język włoski i rosyjski.

Sekcyi utworzono 23, a mianowicie: 1) anatomii, 2) fizyologii, 3) ogólnej patologii i pat. anatomii, 3 a) patologicznej chemii, 4) bakteryologii, 5) terapii, 6) wewn. medycyny, 7) chirurgii, 7 a) ortopedyi, 7 b) anestezyi, 8) ginekologii i położnictwa, 9) okulistyki, 10) pedyatryi, 11) neurologii, 12) psychiatryi, 13) dermatologii i syfilidologii, 14) urologii, 15) laryngologii i rynologii, 16) otyatryi, 17) stomatologii, 18) higieny i profilaktyki, 19) medycyny sądowej, 20) chirurgii wojennej, 21) chorób zwierzęcych, 22) radyologii i 23) historyi medycyny.

Zgłaszający się winni przesłać przekazem pocztowym pod adresem: »The treasurers, XVII intern. Congress of Medicine«, podając sekcyę, do której chcą należeć, kwotę funta sterlingów, czyli 25 koron albo 20 mk.

Pośrednictwa w ułatwieniu podróży i wycieczek podejmuje się firma Thos Cook and Son, Wiedeń, Stephansplatz 2, a także Norddeutscher Lloyd w Bremie, który d. 29. lipca wysyła parowiec »Kaiser Wilhelm der Grosse«, a z powrotem d. 14./15. sierpnia z Plymouth parowiec Berlin, a d. 16 sierpnia »George Washington«. Koszta podróży wraz z wyżywieniem w czasie drogi pierwszą klasą z Bremy do Southampton wynoszą 60 mk., a do samego Londynu 71 mk. Z Bremy do Southampton, a z powrotem z Plymouth do Bremy 108 mk. Natomiast z Bremy przez Southampton do Londynu i z Londynu, Paddington Station przez Plymouth do Bremy 149 mk. Karty powrotne ważne 6 miesięcy.

Prof. Dr B. Wicherkiewicz,
prezes Polskiego Komitetu stałego
dla międzynarodowych kongresów
lekarskich.

Konkurs »Przeglądu lekarskiego«.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przeznacza w r. b. 200 kor. na nagrody konkursowe. Kwota ta może być podzielona na dwie nagrody.

Podobnie, jak w roku zeszłym, nagrodzone będą najlepsze sprawozdania poglądowe, wydrukowane w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1913. Przedmiot sprawozdań dowolny; rękopisy przesyłać należy wprost do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 11. VI. b. r. posiedzenie, na którem Dr Landau przedstawił chorego z kliniki Prof. Jaworskiego, a Dr Z. Wachtel (junior) miał wykład: »O wegetaryanizmie«.

— Wydział krajowy mianował Dr Tadeusza Pisarskiego kierownikiem ambulatoryum dla chorób dróg moczowych w krajowym szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

— Rada miejska uchwaliła w dyskusyi budżetowej rezolucye, wniesione przez Prof. Dr Pareńskiego, zmierzające m. i. do utworzenia żłóbka dla niemowląt, miejskiego zakładu wychowawczego dla sierot umysłowo upośledzonych, miejskiej kolonii leśnej dla dzieci ubogich, a potrzebujących leczenia, oraz wniosek o wysłanie już w tym roku 40 chorych dzieci z zakładów miejskich do kolonii leśnej Br. Tercyarzy w Zakopanem. W dyskusyi tej podnoszono też potrzebę rozszerzenia parku Jordana i założenia miejskich parków ludowych.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. VI. do 7. VI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych — † —), krztuśca 6, ospy wietrznej 2, płonicy 8 † 2 (1 † 1), odry 27, duru brzusznego 2 † 2 (1 † —), duru plamistego († 1), róży 1, zapalenia nagm. opon 2 † 2. Dr Janiszewski.

Warszawa. »Gazeta lekarska« (Nr 23) donosi, że Komitet międzynarodowego Zjazdu neurologiczno-psychiatrycznego w Gandawie zgodził się na utworzenie komitetu narodowego polskiego, zaproponowane przez Prof. Halbana i Sieradzkiego ze Lwowa. Organizacyą komitetu polskiego zająć się ma Prof. Halban (Lwów, Kraszewskiego 5).

— Na uznanie zasługuje program, jaki od pewnego czasu zakreśliło sobie »Zdrowie«, każdy ze swych zeszytów poświęcając wyłącznie jednej sprawie i w ten sposób systematycznie przedstawiając szereg ważnych zagadnień higienicznych. Ostatni zeszyt (Nr 6) poświęcono w ten sposób w dziale sprawozdawczym higienie wychowania; w dziale oryginalnym jest ona uwzględniona w artykule wstępnym o sprawie nauczania powszechnego i w artykule o koloniach wakacyjnych szkół średnich.

Wilno. Składki na walkę z gruźlicą w »dniu białego kwiatka« dały w r. b. w Mińsku lit. 5700 rb., w Bobrujsku 1.170 rb.; w Wilnie od 21. maja znaleziono w 516 skarbonkach 8052 rb. (Lekarz wileński Nr 5). (Dla porównania podajemy wynik składki w »dniu przeciwgruźliczym« w r. b. w Krakowie: 2780 kor.).

Z różnych stron. W Pradze powstał czeski Oddział c. k. Towarzystwa badania i zwalczania raka pod przewodnictwem Prof. Hlavy.

Mianowani: Prof. A. Tschermak z Wiednia profesorem fizyologii w Pradze (wydział niemiecki).

Zmarli: Dr Maksymilian Herz, wychowaniec Szkoły Głównej, w 70 r. ż. w Warszawie; Dr Józef Lisowski, lekarz miejski m. Kowla, w 58 r. ż.; higienista Prof. Weyl w Berlinie, dermatolog Prof. Duhring w Filadelfii, psychiatra Prof. Marro w Turynie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 18. czerwca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye z oddziału Prof. Rutkowskiego i z kliniki Prof. Piltza. 2) Wykład Prof. Kadera: »O zapalnìu wyrostka robaczkowego«.

Rok LII. Kraków, dnia 21. czerwca 1913. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†

PROFESOR STANISŁAW PAREŃSKI.



Dnia 17. czerwca 1913 r. wskutek nieszczęśliwego wypadku kolejowego w Szczakowej, spiesząc do chorego, utracił życie Prof. Dr Stanisław Pareński. Wiadomość o tem nieszczęściu wywołała wszędzie przygnębiające wrażenie, gdyż Prof. Pareński był postacią nietylko w Krakowie, ale i we wszystkich ziemiach polskich tak lekarzom, jak i szerokim kołom, przez swą 45-letnią działalność lekarską i obywatelską dobrze znaną i wysoko cenioną.

Prof. Pareński urodził się w Krakowie 16 listopada 1843 r. Tu się wychował i tu ukończył szkoły w gimnazyum św. Anny. Uczęszczał również w Krakowie na uniwersytet, gdzie otrzymał w r. 1868 dyplom doktora medycyny, w roku 1870 dyplom doktora chirurgii, w roku zaś 1871 w uniwersytecie wiedeńskim dyplom magistra położnictwa. Podczas ostatnich swych studyów był asystentem przy katedrze anatomii patologicznej od r. 1868—1870 w czasie profesury A. Biesiadeckiego. W r. 1870 był sekundaryuszem szpitala św. Łazarza, skąd został wysłany do szpitala wiedeńskiego dla dalszego kształcenia się. W r. 1871 został asystentem w klinice medycznej za czasów Prof. Gilewskiego. Po tegoż śmierci prowadził zastępczo klinikę przez dwa lata (1871 1873), zostawszy w r. 1872 docentem prywatnym dyagnostyki lekarskiej. W tym czasie rozwinęła się u młodego kandydata do opróżnionej katedry ciężka choroba płuc, wskutek czego porzucił swe czynności i pracę, a z niemi i dalsze aspiracye. Po kilku jednak latach odzyskał zdrowie i już w r. 1875 zostaje mianowany prymaryuszem oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, które to stanowisko piastował aż do końca. W r. 1884 został nadzwyczajnym tytularnym profesorem, a w r. 1890 publicznym nadzwyczajnym profesorem bezpłatnym patologii i terapii chorób wewnętrznych w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Prof. Pareński miewał swoje wykłady w swoim oddziale szpitala św. Łazarza, i to przeważnie z zakresu badania fizycznego chorych i dyagnostyki lekarskiej. Wykłady były czysto praktyczne, zastosowane do potrzeb lekarza praktykującego. Uczniowie odnosili z nich wielkie korzyści praktyczne na całe swoje życie. To też wielu uczniów wpisywało się na nie kilka półroczy wcześniej, gdyż liczba ich dla ćwiczeń praktycznych bywała ograniczona. Wykłady łączyły się z badaniem chorych. W przeprowadzaniu badań był Prof. Pareński bardzo ścisły, szczegółowy i dokładny. Wnioski wysnute z badania nie opierały się na fantastycznych kombinacyach, lecz na rozumowaniu anatomiczno-patologicznem, którego był stale zwolennikiem. To też zwykle rozpoznania bywały niezmiernie trafne, a Prof. Pareński zdobył sobie opinię bardzo biegłego dyagnosty tak między lekarzami, jak i u publiczności. Jego oddział szpitalny był wprost drugą kliniką, i to kliniką praktycznego życia, przygotowującą świeżo dyplomowanego do przyszłej praktyki samodzielnej.

Z zasług Prof. Pareńskiego dla nauki klinicznej należy podnieść opracowanie symptomatologii i dyagnostyki klinicznej, w r. 1872 jeszcze nie znanej, wrzodów jelit, powstających wskutek zatorów tętnic krezkowych. Oparł on ją nietylko na podstawie obserwacyi klinicznej, ale równocześnie i na podstawie dokładnego zbadania anatomopatologicznego odnośnych przypadków przy nekroskopii. W innej znów pracy, przedsięwziętej ze swoim sekundaryuszem Dr Blatteisem, stwierdził przez obszerne badania mikroskopowe krwi na szeregu chorych zimniczych, że na naszem Powiślu przyczyną zimnicy są plasmodya typu trzeciaczkowego i czwartaczkowego, jakoteż, że u nas zdarzają się przypadki zimnicy, w których plasmodya ze krwi znikają bez zastosowania jakiegokolwiek leku.

Prof. Pareński brał żywy udział w sprawach społeczno-lekarskich. Przyczynił się do powstania polskiego Towarzystwa balneologicznego i szkoły zawodowej pielęgniarek w Krakowie i był do ostatka życia prezesem Towarzystwa balneologicznego. Bardzo mu też zależało na popieraniu i rozwoju zdrojowisk krajowych. Przez długie lata uczestniczył w pracach komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«, jako delegat Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Prof. Pareński dzierżył godnie sztandar zawodu lekarskiego i stanowiska profesora uniwersytetu i cenił je wysoko. Obcą Mu była reklama, kolegom radził jej unikać, a gdy Mu zwrócono uwagę, że jest ona dogodnością dla publiczności, odpowiedział, że dobrego i porządnego lekarza wszędzie znajdą, i nie mylił się, bo bez reklamowania się był ze wszystkich lekarzy polskich najwięcej poszukiwanym praktykiem. Biadał On nad zanikaniem powagi stanu lekarskiego w społeczeństwie, a wiadomość o przypadkach nieetycznego postępowania przez lekarzy przejmowała Go wielką przykrością i odrazą.

Obok rozległej czynności lekarskiej i dydaktycznej była działalność obywatelska Prof. Pareńskiego bardzo obszerna. Jeszcze jako student pospieszył w r. 1863 do walki o niepodległość i brał w bitwach czynny udział. O towarzyszach broni i w późniejszych latach nie zapominał, dopomagał im, a aż dotąd piastował godność prezesa delegacyi krakowskiej Towarzystwa wzajemnej pomocy uczestników powstania z 1863 r.

Wiele obywatelskiej pracy, poświęcenia i czasu włożył Prof. Pareński w sprawy miasta Krakowa, do którego zarządu jako radca miejski należał bez przerwy od r. 1881. Na tem stanowisku pracował on w dwóch kierunkach, i to najmniej wdzięcznych w naszych rozpolitykowanych czasach, bo w kierunku zdrowotności i dobroczynności miasta. Będąc przez 35 lat członkiem komisyi sanitarnej Rady miasta, brał żywy i czynny udział w jego asanacyi, w powstawaniu i rozwoju miejskich instytucyi lekarskich i szpitalnych. Jako długoletni prezes sekcyi dobroczynnej Rady miasta rozwijał z każdym rokiem coraz żywszą czynność i energię w sprawie poprawy i tworzenia nowych schronisk, ochronek, przytułków dla kalek, starców, opuszczonych dzieci, herbaciarń dla ubogiej młodzieży, kolonii wakacyjnych dla młodzieży i wielu innych użytecznych instytucyi humanitarnych.

Wyrazem uznania działalności Prof. Pareńskiego był żywo jeszcze w pamięci nam stojący jubileusz, urządzony 1 czerwca 1910 r. na Jego cześć przez sfery lekarskie i obywatelskie. Władze szpitalne, delegacya Rady miasta Krakowa, Wydział medyczny U. J., Towarzystwa lekarskie ze wszystkich trzech dzielnic Polski składali w tym dniu Jubilatowi swoje życzenia. Zebrany z okazyi tego jubileuszu składkowy fundusz im. Stanisława Pareńskiego, przeznaczony dla ozdrowieńców szpitala św. Łazarza, wynosił 6000 K., do którego Rada miasta dodała 1000 K., a sam Jubilat dopełnił go do kwoty dziesięciu tysięcy koron.

Dziś właśnie w chwili, gdy Uniwersytet nasz przedsięwziął starania, aby uczcić godnie siedemdziesięciolecie Prof. Pareńskiego przez nadanie mu godności profesora zwyczajnego, zgasł On przedwcześnie i niespodziewanie, pozostawiając w smutku rodzinę i najszersze koła kolegów i wdzięcznego społeczeństwa.

Cześć Jego pamięci! W. Jaworski.

Ważniejsze publikacye, ogłoszone przez Prof. Pareńskiego, są następujące:

O wrzodach przewodu pokarmowego skutkiem zatoru powstających. Kraków 1862.

To samo w przeróbce: Ueber embolische Darmgeschwüre. Med. Jahrbücher 1876 III.

O pasorzycie zimnicy. Studyum kliniczno-etyologiczne. Napisał Prof. Dr St. Pareński i Dr Stefan Blatteis (Przegląd lek. 1892 Nr 10, 12, 13, 14, 19 i 20).

Błękit metylenu (Mercka) przeciw zimnicy. Napisali: Prof. Dr Stanisław Pareński i Dr Stefan Blatteis. Przegl. lek. 1893 Nr 1.

To samo w tłómaczeniu: Ueber das Methylenblau (Merck) bei Malaria. (Therapeutische Monatshefte 1893 Januar).

Pod kierownictwem Prof. Pareńskiego wyszły jeszcze inne publikacye, ogłoszone przez współpracowników Jego oddziału szpitalnego.

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Dalsze badania, dotyczące powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych.

(Część czwarta badań doświadczalnych nowotworów złośliwych).

Napisał

Adam Wrzosek.

Zagadnienie o powstawaniu przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych nie zostało dotychczas wszechstronnie opracowane. Wciąż jeszcze różni badacze wypowiadają w tej sprawie niezgodne zupatrywania. Jeden atoli fakt nie ulega już wątpliwości, został bowiem stwierdzony przez wielu obserwatorów, mianowicie, że nowotwory złośliwe mysie, zarówno samoistne, jak i przeszczepione, wytwarzają przerzuty makroskopowe rzadko, bez porównania rzadziej, aniżeli nowotwory złośliwe u ludzi.

W pierwszej mojej pracy doświadczalnej nad nowotworami złośliwymi doszedłem do przekonania, na podstawie własnych badań i spostrzeżeń, że do powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych potrzebne są trzy warunki: po pierwsze, aby zaszczepiony nowotwór miał skłonność do szybkiego rozwoju; powtóre, aby był zaszczepiony w miejscu, które takiemu rozwojowi nie sprzyja; po trzecie, aby został zaszczepiony myszom, których ustrój jest dobrem podłożem do rozwijania się przerzutów [1]).

Lewin, opierając się na wynikach moich badań, tudzież na własnych swoich spostrzeżeniach, wypowiada się za zdaniem Ehrlicha, który mniema, że przerzuty makroskopowe powstają u myszy rakowatych rzadko dlatego, ponieważ szybko rosnący nowotwór pochłania w ustroju całkowicie swoisty materyał odżywczy, a przez to przeszkadza rozwojowi przerzutów. Lewin zaznacza, że dopóki nowotwór mysi rośnie powoli, dopóki zjadliwość jego jest nieznaczna, dopóty mogą powstawać przerzuty. Z chwilą, gdy się to zmienia, gdy nowotwór dosięga w krótkim czasie dużych rozmiarów, przerzuty nie rozwijają się, albowiem brak im swoistego odżywczego materyału [2]).

[1]) A. Wrzosek: O warunkach powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych. Przegląd lekarski, 1910, Nr 52. Zeitschrift für Krebsforschung 1912, Bd. XI.

[2]) C. Lewin: Versuche über die Biologie der Tiergeschwülste. Berliner klinische Wochenschrift, 1913, Nr 4.

Pracując w dalszym ciągu nad wyjaśnieniem powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych, doszedłem pod niektórymi względami do odmiennych zapatrywań od tych, które wyłuszczyłem w poprzedniej pracy, poświęconej rozwiązaniu tego zagadnienia.

Zauważywszy, że przerzuty makroskopowe powstają u myszy białych daleko częściej, jeśli im szczepić nowotwory złośliwe do ogona, gdzie mogą się jeno bardzo powoli rozwijać, aniżeli jeśli im szczepić podskórnie w pachwinie lub na grzbiecie, a więc w miejscach, w których prędko rosnące nowotwory nie znajdują przeszkód do szybkiego rozprzestrzeniania się, — wypowiedziałem zdanie, że miejsce, w którem szczepi się nowotwór, odgrywa w pewnej mierze rolę w powstawaniu przerzutów. Może w rzeczy samej okoliczność ta ma niejakie znaczenie w powstawaniu przerzutów, atoli, jak się w toku dalszej pracy przekonałem, nie można wysnuwać tego wniosku na zasadzie częstego powstawania przerzutów u myszy, którym nowotwór został zaszczepiony do ogona; a to z powodu, który niżej wyłożę.

Do eksperymentów używałem myszy białych młodych, mających zwykle dwa do trzech miesięcy. Szczepiłem im nowotwory do ogona dwojakim sposobem. Pierwszy sposób polegał na krajaniu nowotworu drobniutko małemi nożyczkami, potem zwykle na rozrzedzaniu miazgi nowotworu w dwójnasób rozczynem soli kuchennej 0·85%, wreszcie na wprowadzaniu tak otrzymanej zawiesiny cząsteczek nowotworu podskórnie do ogona. W tym celu, znieczuliwszy zwierzęta, wkłuwałem im dość grubą igłę strzykawki Pravaza do ogona w kierunku ku nasadzie jego, a po wyjęciu jej wkładałem w to samo miejsce cieniutki koniec pipety Pasteura z zawiesiną miazgi nowotworu, którą wstrzykiwałem w miejsce, utorowane igłą strzykawki. Tak postępowałem, szczepiąc nowotwory do ogonów, w ciągu kilku pierwszych lat pracy nad nowotworami. Potem szczepiłem innym sposobem; nowotwór siekałem drobno przyrządem, wyłącznie do tego celu przeznaczonym, opisanym w pracy Bashforda, Murraya i Haalanda [3]); następnie wstrzykiwałem miazgę nowotworu, zwykle z dodatkiem takiej samej ilości rozczynu soli kuchennej 0·85%, do ogona w kierunku ku jego końcowi lub nasadzie, a to zapomocą zaopatrzonych w igły platynowe szklanych strzykawek z podziałkami na

[3]) E. F. Bashford, J. A. Murray und M. Haaland. Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung. Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie. I. Bd. Originale, 1909, str. 459.

0·05 cm³ lub 0·025 cm³. Szczepiłem zwykle każdej myszy po 0·025 cm³ miazgi nowotworu, rozrzedzonej w dwójnasób roztworem fizyologicznym soli kuchennej, czyli po 0·0125 cm³ samej miazgi.

Niezależnie od tego, jakim sposobem szczepiłem myszom do ogona miazgę nowotworu, w płucach rozwijały się przerzuty daleko częściej, aniżeli po zaszczepieniu tejże samej miazgi nowotworu pod skórę na grzbiecie lub w okolicy pachwiny. I tak zaszczepiłem pipetą Pasteura gruczolakoraka, oznaczonego Nr I., ogółem 167 myszom do ogona; przyjął się on w ogonie 67 myszom, przyczem u 20 z nich rozwinął się także w płucach, co stanowi 29·8%. Po zaszczepieniu tegoż nowotworu strzykawką 303 myszom, przyjął się w ogonie 62, rozwijając się jednocześnie w płucach u 24 (39·4%). — Nowotwór Nr IV., który jest także gruczolakorakiem, zaszczepiłem pipetą do ogona 228 myszom; przyjął się 104. U 50 rozwinął się także w płucach (48%). Tenże nowotwór zaszczepiony do ogona strzykawką 291 myszom, przyjął się 100. U 46 z nich rozwinął się również w płucach. Wyniki eksperymentów były podobne, bez względu na to, czy wstrzykiwałem miazgę nowotworu w kierunku ku końcowi ogona, czy też ku nasadzie. Jeżeli natomiast szczepiłem miazgę wspomnianych nowotworów pod skórę na grzbiecie lub w okolicy pachwiny, to przerzuty w płucach rozwijały się bardzo rzadko: nowotworu Nr I. zaledwie w 1·4%, a nowotworu Nr IV. w 5·9% [4]).

Nowotwory, rozwijające się w płucach po zaszczepieniu ich do ogona, poczytywałem z początku za przerzuty. W ciągu atoli dalszych badań nasunęły mi się pewne wątpliwości, czy można je uważać za istotne przerzuty. Zauważyłem mianowicie, że po wstrzyknięciu do ogonów miazgi nowotworu kilka myszy zaraz lub wkrótce potem padło wśród objawów duszności. Widocznie kawałeczki nowotworu, wstrzykiwane do ogona, dostawały się bezpośrednio do obiegu krwi, stąd zaś do płuc, a zapewne i do innych narządów. Jest to tem prawdopodobniejsze, że w ogonie myszy przebiegają stosunkowo szerokie żyły, których zranienia nieraz wprost nie sposób uniknąć w czasie wstrzykiwania miazgi nowotworu. Aby sprawę tę wyjaśnić, wykonałem kilka szeregów eksperymentów, których wyniki podaję niżej.

Pierwszy szereg eksperymentów wykonałem w ten sposób, że zaszczepiłem do ogonów 10 myszy nie miazgę nowotworu i nie strzykawką, — lecz, zrobiwszy pod skórą ogona igłą strzykawki mały otworek, wkładałem doń cieniutkiemi szczypczykami kawałeczek nowotworu Nr I. Dziesięciu innym myszom, służącym do kontroli, wprowadziłem miazgę tegoż samego nowotworu strzykawką do ogona w kierunku ku jego końcowi. Z pośród pierwszej gromady myszy nowotwór przyjął się w ogonie trzem, lecz u żadnej nie rozwinął się w płucach. Natomiast w drugiej gromadzie myszy nowotwór przyjął się tylko jednej, lecz rozwinął się u niej również w płucach. Eksperyment ten powtórzyłem, zaszczepiwszy, w sposób wyżej podany, 10 myszom do ogona po kawałeczku nowotworu Nr IV., a jednocześnie wstrzyknąwszy 12 myszom miazgę tegoż nowotworu do ogona w kierunku ku jego końcowi. Nowotwór przyjął się w ogonie 5 myszom pierwszej gromady i 6 drugiej, przyczem rozwinął się także w płucach u jednej myszy z pośród pierwszych i u jednej z pośród drugich. Ogółem zatem w obu szeregach eksperymentów zaszczepione kawałeczki nowotworów przyjęły się w ogonach 8 myszom; u jednej z nich rozwinął się przerzut w płucach. Po zaszczepieniu zaś miazgi nowotworu strzykawką przyjęły się nowotwory w ogonach 7 myszom, a jednocześnie u 2 rozwinęły się także w płucach.

Z wyników wspomnianych eksperymentów jeden tylko wniosek wysnuć można: że nawet wtedy, kiedy się szczepi kawałeczki nowotworu pod skórę ogona, a więc gdy trudno mówić o wprowadzaniu cząsteczek nowotworu wprost do krwi, mogą się rozwinąć przerzuty makroskopowe w płucach. Eksperymenty, o których mowa, nie rozstrzygnęły jednak pytania, czy miazga nowotworu, wstrzykiwana do ogona, nie dostaje się czasem wprost do obiegu krwi. Aby na to pytanie odpowiedzieć, wykonałem następujące eksperymenty.

Dziesięciu myszom wstrzyknąłem do ogonów miazgę nowotworu Nr 1, podwiązawszy im przedtem silnie u nasady ogony nitką jedwabną, aby w czasie szczepienia cząsteczki nowotworu nie dostawały się do ogólnego krążenia krwi. Dziesięciu innym myszom zaszczepiłem do ogonów strzykawką takie same ilości nowotworu, lecz im ogonów nie podwiązywałem. W 30 minut po zaszczepieniu zdjąłem podwiązki z ogonów myszy pierwszej gromady. Nowotwór przyjął się w ogonach 6 myszom, które miały przed zaszczepieniem ogon podwiązany, i 4 myszom, którym ogonów nie podwiązywałem. Z pośród pierwszych myszy u trzech rozwinął się także nowotwór w płucach, a z pośród drugich u dwóch. A więc i wtedy, gdy odpływ krwi z ogona w ciągu 30 minut po zaszczepieniu doń nowotworu był zatamowany, zaszczepiony do ogona nowotwór rozwinął się także w płucach, i to w połowie przypadków.

W innych szeregach eksperymentów odcinałem myszom ogony zaraz lub w pewien czas po zaszczepieniu do nich nowotworów, zanim pojawił się w ogonie widoczny guzek. Zaszczepiłem do ogona 80 myszom nowotwór I i 40 myszom nowotwór IV. W pięć dni po zaszczepieniu nowotworu IV odciąłem 20 myszom ogony u samej nasady. Toż samo uczyniłem 20 myszom w sześć dni po zaszczepieniu im nowotworu I. Nowotwór I przyjął się w ogonie tylko 5 myszom, przyczem u jednej z nich rozwinął się także w płucach; natomiast nie stwierdziłem nowotworu w płucach ani u jednej z tych myszy, którym odciąłem był ogony. Co się tyczy nowotworu IV, to rozwinął się on w ogonach 7 myszy, u trzech z nich także w płucach. Lecz, co najważniejsza, stwierdziłem makroskopowo nowotwory w płucach również u 5 myszy, którym odcięto ogony w pięć dni po zaszczepieniu do nich nowotworów.

W innym szeregu eksperymentów zaszczepiłem 34 myszom do ogona nowotwór I, a w 50 godzin potem połowie z nich odciąłem ogony. Nowotwór przyjął się w ogonie trzem myszom; u jednej z nich rozwinął się także w płucach; lecz rozwinął się również w płucach u jednej z odciętym ogonem.

Wreszcie wykonałem jeszcze dwa szezegi eksperymentów, w których odciąłem niektórym myszom ogony natychmiast po zaszczepieniu do nich miazgi nowotworu. Zaszczepiłem mianowicie w jednym szeregu eksperymentów nowotwór IV do ogona 20 myszom, poczem niezwłocznie 10 myszom odciąłem ogony. Zaszczepiony nowotwór rozwinął się w ogonach 4 myszy, a jednocześnie w płucach u tych 4 myszy; nie rozwinął się zaś w płucach ani u jednej z odciętym ogonem. W drugim szeregu eks-

---

[4]) A. Wrzosek: Ueber die Bedingungen der Entstehung von makroskopischen Metastasen bei carcinomatösen Mäusen. Zeitschrift für Krebsforschung, 1912, Bd. XI.

perymentów zaszczepiłem 21 myszom nowotwór I do ogona i natychmiast po zaszczepieniu 11 myszom odciąłem ogony. Zaszczepiony nowotwór rozwinął się w ogonie u 3 myszy, a u 2 z nich także w płucach. Stwierdziłem również w płucach nowotwory u 2 myszy, którym zaraz po zaszczepieniu miazgi do ogonów w kierunku ku ich końcowi, ogony odciąłem.

Z powyższych eksperymentów z całą oczywistością wynika, że acz nie u wszystkich, to jednak u niektórych myszy miazga nowotworu, wstrzyknięta do ogona, dostała się zaraz do obiegu krwi, a stąd do płuc. Szczepiąc przeto miazgę nowotworu do ogona, szczepi się ją jednocześnie w pewnej liczbie przypadków także do płuc za pośrednictwem naczyń krwionośnych. Rozwijających się wówczas w płucach nowotworów żadną miarą za przerzuty uważać nie można.

Z tego faktu, że u myszy rakowatych istotne przerzuty makroskopowe rzadko powstają, nie można jeszcze wysnuwać wniosku, że nowotwory mysie pod względem biologicznym różnią się wogóle zasadniczo od nowotworów złośliwych ludzkich; zdarzają się bowiem i wśród nowotworów mysich takie, które często wytwarzają przerzuty. Z liczby 30 nowotworów samoistnych mysich, które próbowałem przeszczepiać, jedne nie przyjmowały się myszom wcale, inne rzadko, niektóre często. Nowotwory które udawało mi się przeszczepiać z wynikiem pomyślnym, bardzo rzadko tworzyły przerzuty. Atoli jeden z przeszczepianych przezemnie nowotworów stanowił w tym względzie jaskrawy wyjątek. Powstał on samoistnie u myszy białej, samicy, tuż z lewej strony zewnętrznych narządów płciowych. Zauważyłem go, 5 kwietnia 1911. Był on wówczas wielkości sporego ziarna grochu. Mysz została zabita 11 maja 1911. Wyłuszczony nowotwór ważył 2·3 gr. Był on znacznej zbitości. barwy ciemnej i zawierał jamki wypełnione ciemnokrwawą cieczą. Przerzutów nie wytworzył. Znaczną część nowotworów pokrajałem drobno nożyczkami, miazgę rozrzedziłem pół na pół rozczynem soli kuchennej 0·85%, poczem zaszczepiłem ją 18 myszom pod skórę w okolicy pachwiny, szczepiąc po 0·025 cm^3 lub po $0·05^3$ zawiesiny miazgi. Mniejszą część nowotworu wzięto do badania histologicznego, które wykazało, że był to gruczolakorak[1]). Z 18 myszy, którym miazgę nowotworu, oznaczonego Nr XXIV, zaszczepiłem, u 8 przyjął się, przyczem u 4 z nich rozwinęły się przerzuty makroskopowe w płucach. Przeszczepiony nowotwór rozwijał się dość szybko. Myszy, którym się przyjął, żyły średnio po dni 69·7; średnia waga ich nowotworów, wyłuszczonych po śmierci myszy, wynosiła 5·0 gr.; największy z nich ważył 8·2 gr., najmniejszy 0·3 gr. Waga nowotworów, które wytworzyły przerzuty, wynosiła: 5·0 gr., 5·4 gr., 5·6 gr i 8·2 gr. Jeden z przeszczepionych nowotworów wyłuszczyłem, po zabiciu myszy, posiekałem go przyrządem do rozdrabniania nowotworów mysich, miazgę rozrzedziłem w połowie NaCl 0·85% i zaszczepiłem ją: dwom myszom do jamy brzusznej po 0·025 cm^3 zawiesiny miazgi nowotworu; dwom po takiej samej dawce do prawej jamy opłucnej; pięciu po takiej samej dawce do ogonów; pięciu po 0·05 cm^3 zawiesiny miazgi nowotworu pod skórę grzbietu i wreszcie siedmiu po takiej samej dawce podskórnie w okolicy pachwiny. Nowotwór przyjął się tylko 2 myszom w pachwinie; u obu myszy były przerzuty w płucach. Nowotwory ważyły po 7 gr. Jedna z tych myszy żyła 57 dni, druga zaś została zabita w 64 dni po zaszczepieniu nowotworu. Nowotwór z tej myszy przeszczepiłem 15 myszom podskórnie do pachwiny po 0·05 cm^3 zawiesiny, składającej się z miazgi nowotworu i równej ilości Na Cl 0·85%, czyli zaszczepiłem po 0·025 cm^3 samej miazgi nowotworu, a nadto dwom z tych myszy zaszczepiłem do ogona tęż samą miazgę nowotworu, lecz w dawkach dwa razy mniejszych, aniżeli do pachwiny. Tylko u jednej myszy przyjął się nowotwór, mianowicie w pachwinie. Mysz ta padła w 35 dniu po zaszczepieniu nowotworu, który ważył u niej 6 gr. W płucach były przerzuty. Dalej nowotwór nie był przeszczepiany. A zatem na 11 myszy, którym nowotwór XXIV przyjął się w pachwinie, u 7, a zatem u większej części, rozwinęły się przerzuty makroskopowe w płucach. Nowotwór XXIV nie rozwijał się powolniej, aniżeli nowotwory I i IV, które szczepione podskórnie do pachwiny zupełnie tak samo jak nowotwór XXIV, tylko wyjątkowo tworzyły przerzuty makroskopowe w płucach.

Ze wszystkich eksperymentów i spostrzeżeń, o których wyżej była mowa, należy wysnuć wniosek, że najważniejszym warunkiem powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych są niezbadane jeszcze bliżej własności biologiczne nowotworów, a nie miejsce ich zaszczepienia, ani szybkość ich rozwoju.

[1]) Nowotwór ten zbadał histologicznie na moją prośbę Prof. L. K. Gliński, za co Mu na tem miejscu serdecznie dziękuję.

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Jan Piltz).

O objawach ogólnych i ich znaczeniu dla wczesnego rozpoznania i leczenia nowotworów mózgu.

Podał

(na podstawie odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem)

Dr Jan Landau
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Na pierwszem miejscu wymieniłem wśród objawów podmiotowych — b ó l e g ł o w y. Są one bowiem wśród objawów ogólnych najczęstszym i najstalszym przypadem. Wprawdzie w pewnych przypadkach, a mianowicie w tych, w których te bóle głowy mają charakter bólów napadowych, neuralgicznych, przyczyną tych bólów jest ucisk na nerwy trójdzielne, jednakże w większości przypadków zależą one od ucisku. jaki wywiera wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, względnie sam nowotwór przy powierzchownem jego usadowieniu na nerwy czuciowe w obrębie opony twardej. Za tem przemawia fakt zmniejszania się, lub ustępowania tych bólów na pewien czas, razem z obniżeniem się tego ciśnienia, np. przy przebiciu się guza przez kość na zewnątrz, albo po sztucznem upuszczeniu pewnej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, albo wreszcie przy okresowym odpływie tego płynu przez nos, jak się

to zdarza w przypadkach tak zwanej »hydrorrhoea nasalis«.

W tychto przypadkach szczególniej jasno przedstawia się ta zależność między pojawieniem się bólów głowy, a każdorazowem zwiększaniem się, względnie zmniejszaniem ciśnienia śródczaszkowego, ponieważ każdemu odpływowi płynu mózgowo-rdzeniowego przez nos towarzyszy regularnie zwolnienie w zakresie objawów ogólnych, a zatem i w zakresie bólów głowy. Być może, że nietylko opona twarda, ale i opona miękka, a nawet substancya mózgowa mogą być, jak to zaznacza Monakow, punktem wyjścia dla bólów głowy, mimo, że zawierają one jedynie tylko rozgałęzienia nerwów współczulnych.

Bóle te, które w początkach nowotworów mózgu pojawiać się mogą rzadko i być bardzo jeszcze nieznaczne, zaczynają po pewnym czasie występować coraz częściej, okres trwania poszczególnych napadów staje się coraz dłuższym, a pod względem nasilenia mogą one przewyższać bóle, jakie spotykamy przy wszelkich innych sprawach chorobowych, które nie idą w parze ze wzmożeniem się ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Natężenie i charakter tych bólów, które chorzy ci opisują jako uczucie pewnego ciężaru, gniecenia, rwania, łamania, to znowu głuchego, gdzieś z głębi wychodzącego bólu, są tak przykre dla chorych i tak panują nad całym obrazem chorobowym, że często jedyną skargą, z jaką chorzy ci zgłaszają się do lekarza, jest właśnie przykry ból głowy, który popycha takich chorych nawet do zamachów samobójczych. O innych swych dolegliwościach, jak np. o tak nawet poważnych, jak zaburzenia wzroku, chorzy wcale nie wspominają i dopiero przy bliższych indagacyach w tym kierunku można się o nich dowiedzieć.

I czas trwania poszczególnych napadów przedłuża się, jak już wspomniałem, coraz bardziej, tak że z czasem wobec częstości bólów głowy wypada nam się pytać nie o szybkość pojawiania się pojedynczych napadów, lecz raczej o zwolnienia w przebiegu tego jednostajnie utrzymującego się bólu. Podnieść jednak należy, w myśl poprzednich uwag co do progresywności poszczególnych objawów ogólnych, że właśnie owe bóle głowy stosunkowo najczęściej jeszcze z pośród wszystkich tych objawów, mimo dalszego trwania sprawy chorobowej znowu się cofają, tj. stają się i mniej częstymi i mniej silnymi, a nawet mogą i zupełnie ustąpić.

Zdarza się jednak i tak, że bóle głowy pozornie tylko zmniejszają się, tj. chory przestaje z czasem narzekać i uskarżać się na swe straszne cierpienia, leży natomiast zupełnie spokojnie, lub od czasu do czasu jęknie tylko, albo też westchnie głęboko. W tych przypadkach przyczyną owego pozornego cofania się bólów głowy jest zamroczenie świadomości, które w mniejszym lub większym stopniu towarzyszy prawie każdemu nowotworowi mózgu w późniejszym jego okresie i nie pozwala choremu odczuwać tak silnie swoich dolegliwości.

Stosunkowo częstym i dla nowotworów mózgu charakterystycznym jest ten typ bólów głowy, gdzie wśród jednostajnego, niezbyt wielkiego, ale pewnego stałego nasilenia tego bólu, występują nagłe zaostrzenia, które idą w parze z zawrotami, nudnościami i wymiotami, a często także z pewnem zamroczeniem świadomości, przygnębieniem i apatyą, względnie silnem podnieceniem psychicznem.

Do rzadziej natomiast spotykanych typów w rozwoju i przebiegu tych bólów głowy należą bóle o charakterze napadowym, neuralgicznym, albo znowu takie ataki napadowo występujących bólów, które idąc w parze z nudnościami i wymiotami i obejmując jedną tylko połowę głowy, przypominają zupełnie napady migreny. O tych formach bólów głowy, że się tak wyrażę atypowych, bo spotykanych stosunkowo rzadko w przebiegu nowotworów mózgu, pamiętać należy, ażeby z ich, może dla innych jednostek chorobowych bardzo charakterystycznego przebiegu, nie wysnuć fałszywych wniosków w kierunku właściwego rozpoznania.

Pamiętać wreszcie należy o tem, że jakkolwiek wprawdzie nadzwyczaj rzadko, to jednak zdarzają się i takie przypadki nowotworów mózgu, które czy to ze względu na swoje podkorowe usadowienie, czy to ze względu na swoją wielkość, nie doprowadzają do wzmożenia się ciśnienia wewnątrzczaszkowego i przebiegają bez żadnych bólów głowy.

Co do rozprzestrzeniania się bólów głowy, to obejmują one najczęściej całą czaszkę, czasem jednak pojawiają się stale w zakresie jednej tylko połowy, i to niekoniecznie tej, po której jest nowotwór; rzadko ograniczają się one do pewnej tylko części czaszki, i to również niekoniecznie tej, pod którą rozwija się guz. Bywa wreszcie i tak, że obok rozlanej bolesności całej czaszki pewne miejsca są szczególniej bolesne, i to najczęściej skronie, czoło lub okolica potylicy.

Naturalnie, że mimo najbardziej nawet charakterystycznego dla guzów mózgu — przebiegu i cech tych bólów, nie można jeszcze rozpoznawać nowotworu lub jakiejkolwiek innej organicznej choroby mózgu, gdyż nie mamy żadnych bezwzględnie pewnych danych, któreby pozwalały jedynie z rodzaju bólów głowy na odrzucenie schorzenia czynnościowego, a przyjęcie sprawy organicznej.

W ścisłym związku z bólami głowy pozostaje drugi objaw podmiotowy, jakim jest b o l e s n o ś ć, która pojawia się już p r z y l e k k i e m o s t u k i w a n i u c z a s z k i. Bolesność ta może być rozlaną, albo też podobnie znowu jak i bóle głowy, które występują samoistnie, ograniczoną do połowy, lub pewnej tylko części czaszki. Ponieważ zaś nawet taka ograniczona bolesność nie odpowiada bardzo często miejscu usadowienia guza, przeto należy być bardzo ostrożnym przy zużytkowywaniu jej w kierunku określenia siedziby nowotworów. W tych przypadkach może ona nam posłużyć jedynie tylko jako objaw ogólny, który wspólnie z innymi ułatwia rozpoznanie nowotworu mózgu, nie przesądzając jednak jeszcze jego usadowienia. Z tego to powodu, jak i dlatego, że podania jednego i tego samego chorego co do miejsca bolesności przy ostukiwaniu czaszki są ogromnie zmienne i sprzeczne, wspominam o tym objawie między objawami ogólnymi podmiotowymi, z tem naturalnie zastrzeżeniem, że ma on podobnie, jak i samoistne bóle głowy, ograniczające się do jednego tylko miejsca, w większości przypadków znaczenie objawu ogniskowego.

Dalszym ogólnym objawem podmiotowym są z a w r o t y. Często, bardzo często słyszymy od chorych cier-

piących na nowotwór mózgu, że cierpią od dłuższego już czasu na zawroty głowy. Gdy jednak zażądać od nich, ażeby nam dokładnie określili, co oni rozumieją przez owe zawroty, to dowiadujemy się od jednych, że mają jakieś dziwne uczucie lęku, to znowu, że się im ćmi w głowie, albo że tam wewnątrz szumi i dzwoni od pewnego czasu; innym zaś chorym mdli koło serca i są tak słabi w nogach, że myślą, iż upadną i t. d.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia dróg moczowych.

E. Boucayrol. **Przyczynek do nauki o chorobach cewki moczowej.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 3). Na podstawie swojego doświadczenia zwraca autor uwagę, że zbyt energiczne leczenie miejscowe przewlekłego trypra cewki moczowej może wywołać bardzo nieprzyjemne następstwa dla ustroju; w swoim przypadku zauważył R. powstanie ropnia tryprowego wśród mięśni ramienia. W ropie tej wykazało badanie bakteryologiczne obecność dwoinki, zupełnie podobnej do dwoinki trypra, a tylko na pożywkach wystąpiły pewne cechy, odróżniające tego ziarniaka od zwykłej dwoinki tryprowej. Na tej zasadzie wypowiada autor przypuszczenie, że dwoinka tryprowa, pozostająca długo w ustroju, szczególnie poza obrębem cewki moczowej, może z czasem nabyć pewnych właściwości, odróżniających ją od zwykłej dwoinki tryprowej. Pisarski.

M. zur Verth i Scheele. **Induratio penis plastica.** (Deut. Zeit. f. Chir. 121 Z. 3—4). 3 przypadki z kliniki Biera (dotąd w literaturze opisano 97). Cierpienie powstaje zwykle w późniejszym wieku i cechuje się zjawianiem się na grzbiecie prącia pod przesuwalną skórą twardych zgrubień, zrośniętych z osłoną ciał jamistych. Z czasem powstają zwapnienia, a nawet skostnienia. Przy wzwodzie bóle, skrzywienie, niezdolność spółkowania, przygnębienie psychiczne. Przyczyny: dna, kiła, cukrzyca, urazy, nikotyna, alkohol i t. d. Należy zaraz z początku wyciąć zgrubienia razem z powięzią prącia. K.

Posner. **Przyczynek do chirurgii zaniku sterczu.** (Zeitschr. f. Urolog. Bd. VII. H. 4). Zanik sterczu nie jest rzadkiem zjawiskiem. Sprawa ta daje klinicznie ze strony pęcherza tesame objawy, jakie spotykamy przy przeroście sterczu; o przyczynie objawów rozstrzyga tylko badanie miejscowe gruczołu przez odbytnicę, raz znajdujemy przerost, innym razem zanik. Dotąd leczono tę sprawę zwykle zachowawczo. Dopiero Barth pierwszy zaproponował wycięcie pomniejszonego sterczu, na postawie szczęśliwie przez siebie operowanych i wyleczonych przypadków. P. opisuje z kliniki Wilmsa 4 przypadki wycięcia sterczu z powodu jego zaniku, wszystkie uleczone. Chory opuszczali klinikę bez dolegliwości i zdołali całkowicie opróżniać pęcherz. Pisarski.

Maly. **Przypadek niezwykłego ukształtowania się kamienia na ciele obcem w pęcherzu.** (Zeitschr. f. gynak. Urologie. T. IV. Nr 2). Na wprowadzonej do pęcherza moczowego podwójnej szpilce do włosów wytworzył się u 22-letniej dziewczyny szereg kamieni w postaci różańca; poszczególne kamienie miały wielkość orzecha laskowego, a było ich na tej szpilce 7. Usunięto je przez cięcie nadłonowe. To szczególne ukształtowanie się kamieni stara się autor wytłumaczyć zajęciem chorej jako szwaczki, która przez szycie na maszynie musi ustawicznie wykonywać ruchy nogami, udzielające się i narządom płciowym w miednicy. Pisarski.

Seuge. **Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w pęcherzu kobiecym.** (Zeitschr. f. gynäk. Urolog. T. IV Nr 2). 15-letnia dziewczyna wprowadziła sobie do cewki moczowej podwójną szpilkę w celach samogwałtu. W 4 tygodnie potem znalazł autor stan następujący: obły koniec szpilki znajduje się w pęcherzu, jeden ostry koniec przebija ścianę pęcherza i jest wyczuwalny pod skórą lewej wielkiej wargi sromnej, drugi tkwi w błonie śluzowej cewki. Usunięto szpilkę pod kontrolą cystoskopii zwykłemi szczypczykami do usuwania ciał obcych z pęcherza. Pisarski.

Lewin. **Nowotwory pęcherza u robotników, zajętych w fabrykach aniliny.** (Zeitschr. f Urolog. T. VII. Z. 4). W r. 1895 ogłosił Rehn 3 przypadki nowotworów pęcherza moczowego u robotników z fabryki aniliny. Od tego czasu zwracano baczną uwagę na związek przyczynowy, zachodzący pomiędzy zajęciem robotników w fabrykach aniliny, a występowaniem nowotworów pęcherza i dotychczas znanych już jest kilkadziesiąt przypadków. Oddawna już przyjmowano, że bodźce chemiczne mogą odgrywać rolę w etyologii powstawania nowotworów, lecz na czem ta rola polega, dotychczas niewiadomo. Częstość występowania nowotworów w drogach moczowych u robotników z fabryki aniliny tłómaczą sobie w ten sposób, że związki aniliny bywają wydzielane przez narząd moczowy w takiem zgęszczeniu i w takiej postaci, że mogą na ten narząd wywierać wpływ drażniący. Doświadczalnie nie udało się tą drogą wywołać powstania nowotworu. Ze zbiorowej statystyki tych nowotworów okazuje się, że są to przeważnie nowotwory złośliwe, a wyniki operacyjne były przeważnie niekorzystne. Autor opisuje własny przypadek, gdzie u robotnika, zajętego przy wyrobie aniliny 25 lat, wystąpiły objawy nowotworu pęcherza. Guz usadowiony był na przedniej ścianie; ponieważ przy odsłonięciu pęcherza okazało się, iż cały system gruczołów chłonnych wzdłuż naczyń biodrowych był przerzutami zajęty, zrezygnował autor z operacyi doszczętnej. Pisarski.

Blecher i Martina. **Przypadek złośliwego nowotworu pęcherza o budowie nabłoniaka kosmkowego.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. T. 4). Autorowie opisują nowotwór na przedniej ścianie pęcherza, wielkości kasztana, u 21-letniego mężczyzny, który to nowotwór klinicznie objawiał się krwawieniem. Nowotwór usunięto operacyjnie, przyczem okazało się, że był on usadowiony w warstwie podśluzowej i przerastał w otoczenie. Mikroskopowo był on najwięcej zbliżony do t. zw. nabłoniaka kosmówki (chorionepithelioma). Po roku wykonano u chorego cystoskopię i przekonano się, że nawrotu nie było. Pisarski.

Laryngologia i otyatrya.

Linck: **Środki lecznicze, używane w zachowawczem leczeniu ucha, ich wskazania i sposób użycia.** (Med. Klinik. 1913. Nr 7). Do zachowawczego leczenia chorób ucha podano całe mnóstwo środków, z których jednak tylko niewiele bywa stale w praktyce używanych i te właśnie autor podaje. Są to najczęściej płyny, które stosuje się albo na waciku, pasku gazy wyjałowionej, albo wkrapla się, ogrzawszy je wprzód, by uniknąć podrażnienia ucha środkowego zimnym płynem, albo przepłukuje się niemi ucho zapomocą balonika lub strzykawki. Płyny te dzielą się na przeciwgnilne, ściągające i żrące, i znieczulające.

Do najbardziej używanych środków przeciwgnilnych należą: a) Woda utleniona, która przez wywiązywanie tlenu »in statu nascendi« po zetknięciu się z ropą działa przeciwgnilnie, a przytem musując oczyszcza i porywa ze sobą cząstki ropy, złuszczone nabłonki i masy śluzu ku powierzchni. Wskazane jest jej stosowanie w przewlekłych i podostrych ropieniach ucha środkowego przy większym, drożnym zupełnie otworze w błonie bębenkowej. b) Rezorcyna w wodnym 3—5% rozczynie znajduje bardzo szerokie zastosowanie. Działa oczyszczająco i lekko odkażająco, a przytem susząco i gojąco. Ma więc zastosowanie tak przy ostrych, jak i przewlekłych sprawach ropnych w uchu środkowem, dalej po operacyi doszczętnej, jakoteż w uporczywych przypadkach chorób ucha zewnętrznego. Po poprze-

dniem wyczyszczeniu wacikiem wkrapla się środek ten obficie, wciskając płatek uszny kilkakrotnie w głąb, by płyn dobrze w uchu rozdzielić. Rezorcyna nadaje się dobrze do oddania w ręce samego chorego w przypadkach, gdzie chory pomocy lekarskiej stale lub częściej użyć nie może. Rezorcyna może być też używana do wstępnego oczyszczenia ucha przed badaniem. c) Alkohol 30—50%; używa się go do zakraplań przy przewlekłych sprawach ropnych. Środka tego używa się zrazu w słabszem, potem w większem zgęszczeniu, zostawia się wewnątrz przez 5-10 minut; ma on działanie odkażające i silnie ściągające tkanki, dla tej też własności używa się go w przypadkach przewlekłego ropienia, połączonego z tworzeniem się ziarniny, którą po wypaleniu lub zeskrobaniu dobrze następowo traktować alkoholem. Przeciwwskazane jest stosowanie alkoholu w ostrych sprawach zapalnych ucha środkowego, a to z powodu jego wpływu drażniącego. d) Formalinę (40% formaldehyd) w silnem rozcieńczeniu: 10—15 kropel na litr przegotowanej wody stosuje się przy przewlekłych ropieniach ucha, jako środek odkażający, odwaniający i zmniejszający wydzielinę. Używa się w postaci codziennych przepłukiwań, które wykonywać może sam chory.

Pośród środków ściągających i żrących pierwsze miejsce zajmuje a) azotan srebra w 5—10% rozczynie. Używany on bywa zarówno w ostrym okresie zapalenia ucha środkowego, jak w przewlekłym, w ostrym jednak dopiero od 3. lub 4. tygodnia trwania. Azotan srebra, stosowany na waciku, nie działa żrąco, bolów nie sprawia, a działa bardzo dobrze przeciwzapalnie i zmniejsza wydzielinę. Stosuje się go w 2—3-dniowych przerwach, przy braku powikłań w sąsiedztwie ucha środkowego. W stanach przewlekłych używa się azotanu srebra zarówno na waciku, jak w postaci wkraplań. Po jednej do dwu minutach należy azotan srebra spłukać rozczynem soli kuchennej. Stosują go chętnie przy obecności ziarniny, jeżeli niema powikłań ze strony sąsiedztwa, również w kilkudniowych przerwach. Także sączące wypryski w przewodzie zewnętrznym i na małżowinie są wskazaniem dla azotanu srebra. b) Kwas trójchlorooctowy w 10% rozczynie ma wskazania podobne, jak azotan srebra; stosowany bywa tylko w stanach przewlekłych. Działa silniej ściągająco i żrąco.

Ze środków znieczulających stosuje się zwykle kokainę w 10—20% rozczynie na waciku, a bardzo ostrożnie (z obawy zatrucia) w postaci wkraplań i karbolglycerynę w 10% rozczynie.

Obok płynów używane są wdmuchiwania proszków zapomocą stosownego balonika, po zupełnem oczyszczeniu i wysuszeniu ucha. Proszki powinno się stosować w małej tylko ilości, nie powinny one tworzyć grudek. Z nich najbardziej używany jest kwas borowy w ostrem zapaleniu ucha środkowego, ale w okresie końcowym, gdzie wydzielina ciągła śluzowo-ropna, nie pozwala się zabliźnić otworowi w błonie bębenkowej. Obok tego stosuje się też izoform, dermatol i sozojodolnatrium. Mondschein.

Prof. Scherer i doc. Kutvirt: **O związku zapaleń ucha środkowego z chorobami wieku dziecięcego.** (Časopis lékařův českých. 1913, Nr 13—16). Poglądy i spostrzeżenia swoje streszczają autorowie w następujących zdaniach: Po stanach dyspeptycznych stwierdzili zajęcie ucha środkowego u 18·6%; w przebiegu pleśniawek, wywołujących również stany dyspeptyczne, u 4·8%. W przebiegu zmian w narządzie oddechowym: rhinitis 7·9%, pharyngitis 12·2%, angina 25%, bronchitis 9%, pneumonia 7%. Znacznie łatwiej rozwinie się zapalenie ucha środkowego wszędzie tam, gdzie pewną rolę odgrywa czynnik mechaniczny (kichanie, kaszel, wymioty); tam bowiem łatwiej dostanie się zakaźny materyał do trąbki Eustachiusza. Jednakże ten mechaniczny czynnik wiedzie częściej do nieżytowych zapaleń ucha; ropne rozwijają się raczej przy zapaleniach oskrzeli i płuc, gdzie działają zarazki jadowitsze. W przebiegu chorób ogólnych stwierdzili autorzy zajęcie ucha środkowego: w kile 22%, gruźlicy 30%, krzywicy 0·8%. Wreszcie zwracają autorowie uwagę na fakt, że wszystkie przez nich spostrzegane dzieci z napadami drgawek były dotknięte ropnem zapaleniem ucha środkowego, co tłomaczyć można tem, że albo drgawki są następstwem podrażnienia opon, albo drgawki i objawy zapalenia ucha środkowego są równorzędnymi objawami zatrucia z przewodu pokarmowego w przypadkach ciężkich dyspepsyi. Zapalenie ucha środkowego wywiera ujemny wpływ na ogólny stan dziecka (strata na wadze), który się widocznie poprawia dopiero po wyleczeniu sprawy, toczącej się w uchu środkowem. M.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Gruczoł tarczowy w krwawiączce radzi podawać Bauer, opierając się na spostrzeżeniu, że w chorobach gruczołu tarczowego i w chorobie Basedowa krzepliwość krwi jest zmniejszona; w jednym przypadku krwawiączki uzyskał B. przez podawanie tarczycy dobre wyniki. (XXX. Zjazd intern. w Wiesbaden). K.

W chorobie Basedowa osiągnął Mannaberg w kilku przypadkach wybitne polepszenie przez naświetlanie jajników promieniami Röntgena. Leczenie to jednak czasem może mieć wręcz przeciwny skutek. (Wiener klin. Woch. Nr 18). K.

Wstręt do potraw mięsnych uważa Sternberg w przypadkach podejrzanych co do raka za bardzo ważną wskazówkę rozpoznawczą i złą oznakę w rokowaniu. (Prag. med. Woch. Nr 9). K.

Codeonal (mieszanina codein. diaethylbarbitur. i natr. diaethylbarbitur.) jest lekiem nasennym i kojącym, działającym według prof. Rabowa także w tych przypadkach, gdzie przyczyną bezsenności były bole, kaszel lub duszność. (Chemiker-Zeitung 1913, 46). Kn.

Sprawę dyety w zdrojowiskach omawiano na 34. Zjeździe balneologów w Berlinie. Nierzadko zdarza się, że chory, który w domu zachowywał pewną przepisaną dyetę, przyjeżdża do zdrojowiska i tu nie może się w zakładach lub, co częściej, pensyonatach o nią doprosić, bo nikt po prostu o tych dyetach nie wie, a lekarz nie ma w sezonie czasu na pouczanie w kuchni. Dlatego też uchwalono energicznie zająć się tą sprawą przez urządzanie kursów dla lekarzy, właścicieli pensyonatów i zakładów i przez objaśnianie w gazetach zdrojowych; lekarze polecać powinni tylko te zdrojowiska, w których dba się fachowo o dyetetyczne odżywianie chorych. K.

Praktyczny przyrząd do chodzenia przy bezładzie i częściowem porażeniu podał Sachs. (Med Klinik, 1913, Nr 18). Składa się on z ramy na trzech kółkach, z których przedniem może chory kierować jak rowerem, kontrolując okiem wskazówkę na tarczy, czy idzie w żądanym kierunku. Prócz tego na ramie umieszczone są dwie podpórki pod pachy. Przy wiądzie rdzenia przyrząd ten oddaje bardzo dobre usługi (wyrabia firma Sachs, Charlottenburg).

Przeciwko zapobiegawczemu stosowaniu surowicy przeciwtężcowej podniosły się obecnie liczne głosy, a nawet twierdzą, że wstrzykiwania te mogą czasem wywołać zejścia śmiertelne. Jacobovici zwraca uwagę, że należy zachowywać pewne ostrożności i wtedy można bez obawy stosować to leczenie. I tak nie należy wstrzykiwać zbyt świeżej surowicy (musi mieć ona najmniej 2 miesiące). Dalej należy przechowywać surowicę w ciemności w ciepłocie 4—6° i szczelnie zamkniętą. Gdy obawiamy się anafilaksyi, należy najpierw dla próby wstrzyknąć 0·25—0·5 cm^3, a gdy chory dobrze to zniesie, dopiero pełną dawkę (10—40 cm^3). Wstrzykiwać należy w tkankę podskórną brzucha, bo wstrzy-

knięcie do żyły może mieć bardzo groźne następstwa. Miejscowo należy skrupulatnie rany oczyścić. (Spitalul, 1912, Nr 15). K.

Złamania poprzeczne mostka, na granicy trzonu i rękojeści, spostrzegał Bruno u trzech chorych; powstały one przez upadnięcie ciężaru na plecy przy nachyleniu się, przyczem w kręgosłupie nie wykazano żadnych uszkodzeń. (Zbt f. Chir. 1913, Nr 17). K.

Obecność prątków gruźliczych, a nawet i białka w moczu, zebranym z nerki, nie może być jeszcze wskazaniem do operacyi nerki, bo nieraz przy schorzeniu płuc, jak twierdzi Kielleuthner, prątki wydzielają się z moczem. Dopiero prócz białka i prątków, obecność ciałek ropnych i czerwonych przemawia za zmianami nerki i skłania do zabiegu operacyjnego. (Fol. urol XI. 1912). K.

Bromural zaleca Ulkan jako środek pomocniczy w praktyce dentystycznej, mianowicie u nerwowych i wrażliwych dzieci, u których w dawce 0·3 działa uspokajająco. (Deuts. zahnärztl. Woch. 1913. 15). Kn.

We wszawicy głowy zaleca Whitfield mycie włosów przez 10 minut karbolem (1:40). (Lancet 14. XII. 1912). K.

Maść pellidolową stosował prof. Bendix ze skutkiem nader pomyślnym w ciężkich przewlekłych wypryskach twarzy i głowy u dzieci. Wyleczenie następowało w 3 dni do 3 tygodni; najcięższe nawet przypadki pozostały przez 3 miesiące wolne od nawrotu. Maść, rozsmarowaną na kawałkach gazy, przykłada się na zajęte wypryskiem okolice i umocowuje opatrunkiem. U małych dzieci, dotkniętych skazą wysiękową, kładzie B. obok leczenia miejscowego nacisk na stosowną dyetę. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dn. 18. III. 1912 r.

1) Sławiński przedstawił 32-letniego mężczyznę, którego operował we wrześniu 1912 r. z powodu zapalenia kości i okostnej żuchwy: w znieczuleniu miejscowem poprowadził cięcie w fałdzie między wargą dolną a dziąsłem, poczem doszedł do jamy, wypełnionej ropą i ziarniną; ponieważ korzenie **5 dolnych przednich zębów** chwiały się, przeto **korzenie ich obciął, a korony zostawił.** Po tym zabiegu zęby wzmocniły się w swej obsadzie, oprócz jednego siekacza. W styczniu r. b. S. zmuszony był wykonać łyżeczkowanie w okolicy owego siekacza, przyczem ząb wypadł. S. włożył go z powrotem i ząb wgoił się w swem łożysku. S. przedstawia 3 rentgenogramy zębów.

2) Grudziński. **Zwapnienia i złogi ze stanowiska rentgenologii** (z przekazem przeźroczy). Przedmiotem odczytu były złogi w szerokiem słowa tego znaczeniu, to jest zarówno złogi w płynach ustroju, czyli t. zw. kamienie moczowe, wątrobowe i inne, jak i złogi tkankowe, a z nich przedewszystkiem złogi wapienne czyli zwapnienia, jako najwięcej podatne do badań rentgenowskich. Prelegent przedstawił stan współczesny rentgenodyagnostyki złogów oraz wyjaśnił jej rolę w rozpoznaniu, w leczeniu, a nawet patogenezie niektórych cierpień. Współczesny stan rentgenodyagnostyki można streścić w następujących zdaniach: a) Dla rozpoznania złogów moczowych ma zastosowanie jedynie rentgenografia, gdy rentgenoskopia jest nieużyteczną. b) Zdjęcia mają wartość tylko wtedy, gdy są zrobione podług ostatniego słowa techniki rentgenograficznej. c) Wszelkie wątpliwości rozstrzygać należy zapomocą t. zw. zdjęć kontrolujących w różnych projekcyach, różnemi lampkami, w rozmaitych odstępach czasu. d) Prawie każdy złóg w obecnym stanie techniki można stwierdzić rentgenograficznie; odsetka kamieni nierozpoznanych nie przekracza dzisiaj 2%. e) Wynik dodatni badania dowodzi obecności złogu, jeśli cień leży w miejscu właściwem, odpowiada swą postacią, wielkością i siłą, jeśli można wyłączyć wszelkie źródła omyłek, których jest przeszło 40 (rozmaite zwapnienia lub kamienie nie moczowe). f) Metoda rentgenologiczna nie wyłącza badania klinicznego, przeciwnie powinna z niem iść w parze. g) Podczas każdego badania kamieni moczowych uwzględniać cały narząd moczowy, t. j. obie nerki, oba moczowody i pęcherz. h) Rola rentgenodyagnosty w badaniu kamieni moczowych nie może być czysto mechaniczna; powinien on wespół z klinicystą brać udział czynny w określaniu rozpoznania.

O wiele niżej od rentgenodyagnostyki kamieni dróg moczowych stoi rentgenodyagnostyka kamieni wątrobowych. Na 100 kamieni zaledwie kilka tylko można stwierdzić zapomocą promieni x. Badanie złogów żółciowych wymaga wielkiej znajomości techniki rentgenowskiej, którą ciągle się ulepsza. Wielką pomocą w rozpoznaniu złogów żółciowych jest obecnie badanie rentgenowskie żołądka: w razie obecności kamieni żółciowych, udaje się zazwyczaj stwierdzić zrosty pęcherzyka żółciowego z odźwiernikiem.

Rozmaite spotykane w ustroju ludzkim złogi wapienne prelegent dzieli na 3 kategorye. Pierwszy dział stanowią zwapnienia, rozsiane w tkance łącznej całego ciała, których przyczyną powstania jest podług teoryi Schmidta i innych t. zw. skaza wapienna. Są to przypadki wogóle ciężkie, czasem śmiertelne, na szczęście rzadkie. Drugą kategoryę stanowi usposobienie do zwapnień, jakie od czasu do czasu spostrzegamy przy dokładnem oglądaniu rentgenogramów osób, badanych z powodu innych cierpień. Jestto jakby lekka postać tej samej skazy wapiennej. Wreszcie do trzeciej grupy prelegent zalicza zwapnienia miejscowe poszczególnych chorych narządów, czyli t. zw. zwapnienia dystroficzne. Prelegent zatrzymał się dłużej na zwapnieniu tętnic, którego rozpoznanie rentgenowskie ma nieraz znaczenie rozstrzygające w rozpoznawaniu takich cierpień, jak chromanie przerywane, następnie na zwapnieniu gruczołów chłonnych, woreczków śluzowych, ognisk gruźliczych lub ropnych, miękkich części okołostawowych wreszcie nowotworów. Z nowotworów na szczególną uwagę zasługują nowotwory mózgu, które jeśli nie wywołują ucisku na czaszkę, mogą być rozpoznawane jedynie wtedy, gdy ulegają zwapnieniu.

Posiedzenie z dnia 1. IV. 1913.

1) A. Puławski. **Okresowa puchlina stawów (hydrops articulorum intermittens).** P. przedstawił chorą, dotkniętą okresową puchliną stawów kolanowych. Chora niezamężna, licząca lat 28, pochodząca z rodziny zdrowej, przed 11 laty przechodziła jakąś sprawę w stawie nadpięstkowo-śródręcznym prawym. Wstrzykiwano jej zawiesinę jodoformową. Od tego czasu pozostała sztywność w dłoni i ograniczenie ruchów. Rentgenogram pokazuje, że sprawą dotknięte były wszystkie kosteczki napięstka i powierzchnie stawowe kości przylegających. W kilka miesięcy po ukończeniu sprawy powyższej zjawiła się puchlina kolana lewego, trwająca 2 miesiące. Od tego czasu puchlina zaczęła się zjawiać w okresach czasu, których chora bliżej określić nie potrafi. Przed 6 laty po przebyciu duru brzusznego chora zauważyła puchnięcie kolana prawego. Od tego czasu mniej więcej co tydzień puchnie to lewe, to prawe, to oba kolana razem (najczęściej). Puchlina trwa 2—3 dni, poczem stopniowo znika. Puchlina naogół nie jest znaczna; w tym okresie występują umiarkowane bóle, gorączki niema. Poza tem chora jest zdrową, tylko wątłą, trochę niedokrwistą osobą, ma nieznacznie powiększoną tarczycę. Prześwietlanie stawów kolanowych promieniami Röntgena żadnych zmian nie wykazuje. Badanie wysięku z kolana raz wykazało obecność dwoinek, których hodowla była bardzo nikła, drugi raz nic się wyhodować nie dało. W obu razach wstrzyknięcie wysięku śwince morskiej dało wynik ujemny. P. stosował tyreoidynę, która z początku zdawała się działać dobrze, potem była bezskuteczną. Następnie stosowano na-

kłucie i wypuszczanie płynu oraz autoseroterapię, kąpiele świetlne, galwanizacyę, arszenik, żelazo i brom. Obecnie wysięk w lewem kolanie prawie się nie zbiera, w prawem jest znacznie mniejszy, niż poprzednio, ale okresy wolne od wysięku są krótsze (2—3 dni).

Choroba ta jest rzadką: od czasu pierwszego jej opisu przez Perrina (1845) posiadamy w piśmiennictwie opis 67 podobnych przypadków. z tych jeden w polskiej literaturze (Bylicki 1874). Chorobie podlegają i mężczyźni i kobiety między 20—40 r. życia. Jako przyczynę autorzy najczęściej podają uraz i »zaziębienie«; dawniej podawano zimnicę, potem gościec przewlekły, rzadko wiewiór, najczęściej usposobienie nerwowe. Objawy bywały mniej więcej takie, jak w przypadku prelegenta, w wielu razach zauważono wybitne objawy nerwowe. Wysięk badano tylko 3 razy, z wynikiem ujemnym. Co do patogenezy, to część autorów zapatruje się na tę sprawę, jako na rodzaj gośćca przewlekłego, znaczna jednak większość uważa ją za nerwicę naczynioruchową i odżywczą. Rokowanie co do wyleczenia jest bardzo wątpliwe. Leczenie było bardzo różne, stosownie do poglądów panujących, salicylany i kąpiele były bez żadnego pożytku. Względnie najlepsze wyniki otrzymywano przez przekłucie, wstrzykiwanie jodoformu, przemywanie stawu, ale i te zabiegi nieraz zawodziły.

2) St. Kozłowski. **Nowa metoda oznaczania zasadowości krwi.** Dotychczasowe metody oznaczania zasadowości krwi, posługujące się miareczkowaniem. mają braki następujące: 1) nie usuwają z krwi dwutlenku węgla 2) posługują się lakmoidem jako wskaźnikiem i 3) używają do badania często zbyt małych ilości krwi. Sama obecność CO_2 we krwi badanej już wystarcza, by zakwestyonować wyniki takich badań; lakmoid zaś w obecności soli kwasu fosforowego, niewątpliwie istniejących we krwi, jest bardzo niepewny jako wskaźnik. Z inicyatywy prof. Bądzyńskiego we Lwowie i pod jego kierunkiem K. przystąpił do opracowania takiej metody miareczkowania krwi, któraby wyłączyła braki powyższe. K. proponuje postępowanie następujące: Dowolną, lecz ściśle odmierzoną ilość krwi wpuszcza się kroplami do kolbki Erlenmeyera, w której znajduje się ilość wyskoku, odpowiadająca 10-krotnej objętości krwi. Kolbę należy ciągle wstrząsać, aby tworzący się strąt krwi w wyskoku był o ile możności drobno-kłaczkowaty i nie zbijał się w duże kawałki. Po chwili dolewamy do kolbki taką samą ilość $^1/_{10}$ norm. kwasu octowego, ile wzięto krwi do badania. Wydziela się potrochu CO_2. Aby go usunąć, K. dolewa 50 c. sz. mieszaniny wyskoku i eteru (1:2) z dodatkiem 10—12 c. sz. wody przekroplonej na 100 c. sz. mieszanki wyskokowo-eterowej i zatyka szczelnie kolbę korkiem gumowym z dwoma otworami, przez które przeprowadza dwie rurki szklane: jedna z nich. cienka, dostaje prawie do dna kolbki, druga zaś tylko przechodzi ledwie przez korek, zupełnie nie dotykając płynu. Zewnętrzny koniec pierwszej rurki łączy z rurką, napełnioną wapnem sodowanem, a także koniec drugiej ze zwykłą pompką wodną, tak miarkując prąd wody, by powietrze (pozbawione CO_2) umiarkowanie szybko przechodziło przez zawartość kolbki. Zwykle 15—20 minut wystarcza do zupełnego usunięcia CO_2. Potem przystępuje K. do odwrotnego miareczkowania zawartości kolbki $^1/_{10}$ norm. ługiem sodowym. Ług należy dodawać kroplami do tej chwili, kiedy płyn ponad strątem krwi zabarwi się wyraźnie na kolor żółty. Gdy się to stało, K. odsącza płyn od strątu krwi, przemywa osad 3—4 razy letnią wodą przekroploną, a zupełnie pozbawioną (przez gotowanie) CO_2, dodaje 4—5 kropli 1% wyskokowego roztworu fenolftaleiny i kończy tymże $^1/_{10}$ norm. ługiem rozpoczęte miareczkowanie. Różnica pomiędzy wziętą objętością kwasu octowego, a ilością zużytego ługu odpowiada całkowitej ilości zasad, znajdujących się we krwi badanej. Czas trwania 2 analiz wynosi $1^1/_2$ godziny. Dla uniknięcia poważnych trudności, nastręczających się przy dokładnem odmierzaniu branej do badania ilości krwi postępuje K. w sposób następujący. Należy przygotować uprzednio roztwór fizyologiczny soli i na 100 c. sz. tego roztworu rozpuścić 1,5 gr. objętnego cytrynianu sodowego (już 2 c. sz tego roztworu zatrzymują 6 c. sz. krwi w stanie płynnym przez kilka godzin, nie sprowadzając żadnych nawet morfologicznych zmian w ciałkach krwi). Do małego cylindra z podziałkami o objętości 5—10 c. sz. nalewamy n. p. 2 c. sz. powyższego obojętnego roztworu i wpuszczamy doń kroplami n. p. 2 c. sz. krwi, otrzymanej po ukłuciu w palec badanego. Z cylindra zlewamy krew kroplami do kolbki z wyskokiem i starannie opłukujemy cylinder wodą przekroploną. Przed badaniem trzeba ewent. dokładnie zobojętnić w obecności fenolftaleiny wszystkie płyny, dodawane do badanej krwi (wyskok, eter, wodę przekroploną i roztwór cytrynianu sodowego w roztworze fizyologicznym).

Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 20. IV. 1913.

I. Kol. Łokczewski: **Gościec stawowy gruźliczy.** Szczegółowe streszczenie dzieła A. Pincet i R. Leriche p. t. »Le rhumatisme tuberculeux«. Zakażenie gruźlicze może wywołać wszystkie postacie gośćca stawowego, jakkolwiek w żadnej z nich, z wyjątkiem niesłychanie rzadkiej gruźlicy prosówkowej stawowej, nie można wykryć swoistych cech gruźlicy, jako to prątków Kocha, gruzełków, komórek olbrzymich. Istotą sprawy jest pojęcie gruźlicy zapalnej (tuberculose inflammatoire), która wywołując zwykły odczyn zapalny w różnych tkankach i narządach ustroju, może być powodem całego szeregu spraw chorobowych. Sprawy te, jak np. zapalenia błon surowiczych, są równoważnikami gośćca stawowego. Podług statystyki autorów 20% osobników gruźliczych zapada na gościec stawowy. Referent opisuje szczegółowo wszystkie postacie gośćca gruźliczego ostrego i przewlekłego, podaje charakterystykę zmian anatomopatologicznych w każdej poszczególnej postaci, przechodzi wreszcie do rozpoznawania i leczenia tej sprawy.

Dyskusya: a) Kol. Edward Kohn sądzi, że wobec zupełnego podobieństwa objawów klinicznych gośćca gruźliczego i stawowego zwykłego, stwierdzenie gruźliczego charakteru gośćca nie może być oparte na ścisłej podstawie.

b) Kol. Biegański nie zgadza się z ogólną zasadą Ponceta, która różne sprawy chorobowe, występujące jednocześnie w ustroju, nakazuje uważać za wynik jednej wspólnej przyczyny. Współistnienie nie dowodzi wcale współzależności. Wobec wielkiego rozpowszechnienia gruźlicy, można z równą słusznością oprzeć na tej podstawie całą niemal patologię. Nie przecząc, że mogą zdarzać się przypadki zapalenia stawów na tle gruźlicy, kol. B. sądzi, że są one naogół znacznie rzadsze, niż podaje Poncet. Na podstawie własnej obserwacyi, kol. B. nie może dopatrzeć się związku między zapaleniem stawów zniekształcającem i gruźlicą.

c) Kol. Rozenfeld mówi, że porównanie gruźlicy z innemi chorobami zakaźnemi przemawia z góry na korzyść teoryi Ponceta. Źródłem nieporozumień mogą być tylko niektóre postacie gośćca, np. spondylitis ankylotica, uważane przez Ponceta za gruźlicze, oraz częstość zapalenia stawów u ludzi, dotkniętych gruźlicą. W celach rozpoznawczych cenne usługi oddać może próba tuberkulinowa. Wstrzykiwanie podskórne minimalnych dawek tuberkuliny, nie wywołując odczynu ogólnego, wywołuje często odczyn miejscowy w stawach zajętych (Bandelier i Roepke). W końcu opisuje kol. R. dwa przypadki z własnej praktyki, z których w jednym chora zaczęła gorączkować w Piszczanach i zmarła w 5 miesięcy po powrocie do Częstochowy na ostrą gruźlicę płuc, w drugim zaś kobieta starsza leczenie, rozpoczęte w Trenczynie, musiała zakończyć w sanatoryum Dra Dłuskiego.

d) Kol. Wasilewski, powołując się na pracę Sokołowskiego, mówi o częstem współistnieniu skazy dnawej i gruźlicy włóknistej. Niektóre cierpienia stawowe, uważane przez

Ponceta za gruźlicze, jak np. zapalenie małych stawów ręki, możemy z równą słusznością przypisać skazie dnawej.

e) Kol. Łokczewski odpowiada, że większa lub mniejsza częstość gośćca gruźliczego nie zmniejsza wartości poglądów Ponceta. Chodzi o zasadnicze rozstrzygnięcie pytania, czy toksyny gruźlicze mogą wytwarzać zapalenie stawów. Że tak jest w istocie, Poncet dowiódł przekonująco. Powtóre, kierując się wywiadami, nie można zbytnio ufać chorym. Chcąc wykryć gruźlicę, trzeba jej szukać.

Posiedzenie z d. 4. maja 1913.

I. Kol. Rozenfeld: **O znaczeniu oddechu pęcherzykowego osłabionego w szczytach płucnych w rozpoznawaniu gruźlicy.** (Rzecz będzie drukowana). Wnioski referenta: 1) Oddech osłabiony w szczycie prawym daje się spostrzegać u 20% ludzi zdrowych, zapewne wskutek poprzecznego kierunku oskrzela prawego górnego. 2) Oddech osłabiony nie może być uważany za najwcześniejszy objaw rozwijającej się gruźlicy (wyjątki nadzwyczaj rzadkie) 3) Oddech osłabiony jest najczęściej objawem gruźlicy ukrytej, łagodnej, wyleczonej (gruźlica pozorna, zrost opłucnej szczytowej, schorzenia gruczołów).

Dyskusya: a) Kol. Biegański zgadza się zasadniczo z wnioskiem referenta. Jakkolwiek w swoim podręczniku chorób zakaźnych kol. B. podawał, że oddech w szczycie prawym w warunkach prawidłowych jest często wzmocnionym, zaostrzonym, obecnie, dzięki osłuchiwaniu szczytów płucnych sposobem Granchera, przechyla się na stronę wywodów referenta. Co się tyczy rozpoznawania i rokowania w gruźlicy, kol. B. zwraca raczej uwagę na objawy ogólne kliniczne, niż na niepewne, często mało wyraźne objawy fizyczne.

b) Kol. Pasierbiński spostrzegał często osłabienie oddechu w szczytach płucnych u ludzi zupełnie zdrowych. Osłabiony oddech, słyszalny na całej przestrzeni obydwu płuc, może być następstwem nieumiejętności oddychania lub przyzwyczajenia. Możnaby temu zapobiegać drogą odpowiednich ćwiczeń gimnastycznych. W końcu kol. P. zgadza się z opinią referenta, że dzięki rozwojowi metod laboratoryjnych lekarze coraz mniej doskonalą się w sztuce badania chorych.

c) Kol. Szaniawski zwraca uwagę na wielką przymieszkę pierwiastków podmiotowych w badaniach fizycznych.

d) Kol. Wasilewski mówi o skrytych postaciach gruźlicy, przebiegających bez żadnych objawów fizycznych.

e) Kol. Stefan Kohn mówi o upośledzeniu czynności oddechowej u kobiet ciężarnych.

II. Kol. Szaniawski. **Wartość rozpoznawcza objawu zastoinowego Rumpel Leedé w płonicy.** W roku 1907 Hecht, a następnie Rumpel i Leedé spostrzegli, że ucisk skóry przy płonicy, trwający kilkanaście sekund, wywołuje wybroczyny, czasami nawet sińce. Hecht uciskał w tym celu palcami fałd skóry na piersiach lub plecach chorych, Rumpel i Leedé posługiwali się taśmą zastoinową lub mankietem sfigmomanometru Riva-Rocci. Zdaniem tych autorów tworzenie się wybroczyn jest stałym, znamiennym objawem płonicy. Chcąc przekonać się o wartości rozpoznawczej tego objawu, poddał prelegent badaniu 17 chorych, dotkniętych płonicą. W dwóch przypadkach rozpoznanie nie było pewne. Objaw Hechta wystąpił w 11 przypadkach, Rumpel-Leedé w 13. U jednego dziecka wybroczyny pokazały się dopiero po upływie 1/2 godziny. Na zasadzie powyższego dochodzi prelegent do wniosku, że ten sposób badania jest przedewszystkiem niepraktycznym, zmusza bowiem lekarza do dłuższego wyczekiwania, a powtóre nie daje wyników bezwzględnie pewnych. Brak objawu Rumpel Leede nie pozwala wyłączyć płonicy.

Dyskusya: a) Kol Wasilewski w trzech typowych przypadkach płonicy, po związaniu chusteczką ramienia, nie zauważył ani razu wybroczyn. Opisywano występowanie ich w najrozmaitszych stanach chorobowych. Dlatego, zdaniem kol. W., objaw Rumpel-Leedé nie posiada żadnej wartości w rozpoznawaniu płonicy. b) Kol. Rozenfeld zaznacza, że przy badaniu ciśnienia krwi przyrządem Riva-Rocci spostrzegał niejednokrotnie wybroczyny u ludzi zupełnie zdrowych. W końcu kol. R. streszcza nowsze badania urologiczne i hematologiczne, mające na celu odróżnić płonicę od wysypek do niej podobnych. Karol Rozenfeld.

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 25. VI. 1912

Na wstępie przewodniczący kol. Dr Łazarewicz odczytuje piękne podziękowanie Dra Baranowskiego za życzenia, przesłane mu ze strony Wydziału.

1) Kol. Dr Wierzejewski i koleżanka Dr Żniniewiczówna przedstawiają **rentgenogram mięsaka limfatycznego śródpiersia.** Z objawów klinicznych stwierdzono tylko grubość szyi, rozszerzenie żył szyjnych, oddech przytłumiony. Wassermann +. Po jodku potasu poprawa.

2) Kol. Dr Żniniewiczówna przedstawia 18-letniego chłopca z wrodzonem **porażeniem spastycznem.** W prawej nodze drgawki, zanik jednostronny, chwilowe tracenie przytomności i wrażenia wzrokowe.

3) Kol. Dr Stanisław Szuman przedstawia dziecko **z lewostronnem porażeniem** (po wypadnięciu z kołyski); przytem prawostronne porażenie nerwu podjęzykowego. Badanie dna oka dało wynik ujemny. Prawdopodobnie chodzi tu o porażenie opuszkowe.

4) Kol. Dr Skoczyński przedstawia chorą **z postępowem porażeniem opuszkowem.** Prelegent widział chorą przed 4 laty z objawami opadnięcia powieki. Nakłucie lędźwiowe nie wykazało objawów kiłowych, chora jednak przeszła dość liczne wcierania rtęci. Obecnie zgłosiła się chora poraz drugi z nowemi zmianami: trudnością połykania, zmienioną mową, wymawianiem dysartrycznem, zanikiem żwaczy i porażeniem podniebienia. Na razie brak objawów stwardnienia bocznego rdzenia z zanikiem mięśni, które się nieraz przyłącza do tej sprawy. Odczyn zwyrodnienia przy porażeniach ośrodkowych nieraz trudno stwierdzić. Rokowanie bardzo niepomyślne, sposobów leczenia nie ma.

W dyskusyi a) kol. Dr Meissner pokazuje analogiczny rentgenogram nowotworu śródpiersia. Objawy zastoju, prawa strona twarzy nabrzękła naprzód, potem lewa, oraz prawe ramię. b) Kol. Dr Wierzejewski co do drugiego z przedstawionych przypadków wyraża zdziwienie, że padaczka tak późno się objawiła. W połowie przypadków tych porażeń padaczka przyłącza się w 2—3 lat. c) Kol. Dr Szuman: W literaturze opisano przypadki tak późnych padaczek. Czasami może nastąpić zupełne otępienie umysłowe. d) Kol. Dr Skoczyński: Co do przypadku kol. Szumana wnosi, że, ponieważ zajęty był nerw podjęzykowy, ognisko musiało leżeć bardzo daleko w tyle, może w obrębie mostu. e) Kol. Dr Szuman zaznacza, że według opowiadań matki, dziecko aż do upadku zupełnie było zdrowe. W przypadku kol. Skoczyńskiego uderza powolny przebieg, który jest rzadki, do czego dodaje f) kol. Skoczyński, że i wiek chorego jest niezwykły (34 l.); zazwyczaj porażenie opuszkowe zdarza się po 40. roku życia.

5) Dr Gantkowski: **Z dziedziny partactwa leczniczego.** Należy odróżniać 1) partactwo istotnymi środkami leczniczymi; 2) nie lekami. Lekarze nie powinni zapisywać takich środków, jak: hematogen Hommla, sirolina, sanatogen, które są wskutek ogromnej reklamy bardzo drogie, a bez większej wartości. Partactwo nie upada, przeciwnie rozszerza się coraz bardziej, a to trzema drogami: 1) homeopatya, 2) przyrodolecznictwo, 3) wodolecznictwo. Mówca przytacza cały szereg reklamowanych leków, jak: amol, kola-dulz, biomalz, radio, vitalito, visnervin, renescin, które wszystkie są bezczelnym wyzyskiem

łatwowiernej publiczności. Na bałamucenie kół inteligencyi przeznaczone są manipulacye np. takiego »Sanatoryum Silvane« w Genewie. Także rad w ostatnich czasach użyto do celów wyzyskiwania, korzystając z tego, że szersze warstwy coś niecoś usłyszały o działalności radu. Najenergiczniej przeciw partactwu występuje Austrya. W królestwie pruskiem w tej dziedzinie panuje wielka swoboda.

W dyskusyi a) kol. Dr Szuman przypisuje powodzenie partactwa z jednej strony temu, że nieuleczalni chwytają się właśnie tajemniczych środków, a z drugiej strony działa tu głupota i sugestywność nawet inteligentnej publiczności. — b) Kol. Dr Jezierski zauważa, że hematogen sam przez się nie jest zły, ale za drogi. (Wynalazca zarobił 20 milionów marek). — c) Kol. Dr Skoczyński wyraża oburzenie, że pisma polskie, jak »Kurjer poznański«, umieszczają długie reklamy renescyny, jako artykuły redakcyjne. — d) Kol. Dr Karwowski zaznacza, że i »Dziennik poznański« nie chciał umieścić artykułu radcy Chłapowskiego przeciw partactwu, ponieważ gazety nie chcą zrezygnować z dochodów płynących z takiej reklamy; — e) Kol. Dr Szuman i Dr Chachamowicz występują także ostro przeciw tego rodzaju traktowaniu sprawy przez prasę. Prasa chce być mentorem i przywódzcą społeczeństwa, a gdzie chodzi o jej korzyści, tam te względy upadają. — f) Kol. Dr Kapuściński podnosi, że i z kliniki Noordena wychodzą reklamy mało wartościowych środków. — g) Kol. Dr Wierzejewski zwraca się przeciw warsztatom ortopedycznym, które bez dozoru i przepisu lekarza robią gorsety i t. p. — h) Kol. Dr Jezierski: Wydział Zjazdu internistów w Wiesbadenie postanowił zbadać środki reklamowane, Lipski Związek lekarzy zajął się także tą sprawą. — i) Kol. Dr Święcicki radzi wykład kol. Gantkowskiego wydrukować w »Przewodniku katolickim« i rozesłać go. Co do Noordena, to istotnie chodzą pogłoski, że ma on mieć stosunki z fabrykantami. W Berlinie His jest wspólnikiem fabryki chemicznej. W Rosyi istnieje prawo, że nie wolno leczyć inaczej, jak mając dyplom urzędowy, ale drugie prawo pozwala leczyć i bez dyplomu, z miłości bliźniego. Z tego korzystają partacze i każą sobie płacić drogo za rzekome leki.

Na wniosek kol. Karwowskiego uchwalono zwrócić się do Towarzystwa dziennikarzy i literatów na Rzeszę niemiecką, by zajęło stanowcze stanowisko w sprawie reklamowania środków partackich przez prasę.

Dr Adam Karwowski.

---

†

Dr Józef Czajkowski.

(Wspomnienie pozgonne).

26. maja b. r. odbył się w Sosnowcu pogrzeb doktora medycyny Józefa Czajkowskiego, prezesa Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego, zmarłego w Krakowie dnia 22. maja 1913 roku. Na miejsce wiecznego spoczynku odprowadził wybitnego lekarza, powszechnie poważanego i lubianego człowieka wielotysięczny tłum przy udziale bardzo licznych delegacyi z wieńcami od rozmaitych instytucyi lekarskich i społecznych. Z ciał lekarskich reprezentowane były Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego in gremio, delegacya Częstochowskiego Towarzystwa lekarskiego, którego zmarły był członkiem honorowym, delegacya Stowarzyszenia lekarzy polskich w Częstochowie, dwaj lekarze Polacy z Katowic, tak, że ogółem około 50 lekarzy znalazło się w kondukcie pogrzebowym.

Nad grobem w imieniu Towarzystwa lekarskiego przemawiał kol. J. Dehnel, z którego mowy pozwalam sobie przytoczyć ustępy, dotyczące życiorysu i charakteryzujące działalność zmarłego.

S. p. Józef Czajkowski urodził się w r. 1856, szkoły ukończył w Łomży, Wydział lekarski w Akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu w r. 1883; służył czas pewien, jako lekarz wojskowy, a w roku 1889 uzyskał stopień doktora medycyny w Charkowie. W tym samym roku objął posadę lekarza powiatowego w Iłży. W r. 1890 przybywa do Sosnowca, gdzie obejmuje posadę naczelnego lekarza w szpitalu Towarzystwa Sosnowieckiego. Tutaj odrazu wypadło mu zwalczyć wiele trudności, połączonych z brakiem odpowiednich urządzeń w szpitalu, który ledwo na to miano zasługiwał. Dzięki jednak staranności, cierpliwości i poświęceniu się z zapałem chirurgii szpital pod kierunkiem Dr Czajkowskiego coraz więcej zyskiwał uznania i wkrótce Towarzystwo Sosnowieckie odnowiło, a właściwie wybudowało nowy szpital według wskazówek Dr Czajkowskiego, pierwszy wzorowo urządzony w Zagłębiu. Rozgłos dokonywanych w szpitalu zabiegów, takt, wrodzona dobroć i oceniana należycie przez pacyentów sumienna praca kierownika szpitala przezwyciężyły istniejące wówczas uprzedzenia i niechęć ludu roboczego do szukania pomocy w szpitalu. Nie poprzestał jednak Dr Czajkowski na sukcesach, jakie odniósł, jako kierownik szpitala i renomowany chirurg, jakkolwiek, zdobywszy dużą praktykę, mógł spocząć na laurach i dalej się wyłącznie specyalności chirurga oddawać. Tliła w nim zawsze iskra Prometeuszowa, której nie znajdzie w umysłach powszednich, stawiających zawsze tylko własny interes i dobrobyt na pierwszym planie.

I oto, w warunkach najniedogodniejszych, stwarza Czajkowski kosztem ciężko przez siebie zarobionego grosza pracownię, której poświęca cały zapas energii, cały czas, pozostający po pracy, przeznaczony do wypoczynku, odmawia sobie wszystkiego, aby wykonać pracę o tytanicznych wprost rozmiarach.

Zapoznawszy się z bakteryologią jeszcze w Charkowie pod kierunkiem Wysokowicza, nie porzuca tych badań w szpitalu, śledzi za postępem tej nauki, dokonywa z wielkim nakładem pracy odpowiednich prób i w końcu otrzymuje »surowice sztuczne«, jak je nazywa, przeciwko rozmaitym chorobom zakaźnym. Ogrom pracy, jaki ś. p. Czajkowski włożył w te badania, przesiadywanie w dusznem i ciasnem laboratoryum, poświęcenie całego, przeznaczonego na wypoczynek czasu na te mozolne zajęcia, wstrząśnienia moralne w miarę dodatnich lub zawodnych wyników uciążliwych doświadczeń, ciągłe napięcie nerwów — wszystkie te wpływy podkopały jego zdrowie, praca nadmierna przecięła przedwcześnie nić jego żywota.

Poza pracą zawodową odczuwał Józef Czajkowski głęboko potrzebę pracy społecznej; brał też żywy udział w różnych przedsięwzięciach i instytucyach społecznych, był jednym z inicyatorów szkoły polskiej, prezesem Domu ludowego, członkiem Towarzystwa miłośników sztuki polskiej; wszystkie potrzeby i niedolę ludzką żywo odczuwał w zacnem swem sercu.

Przemówienie swoje zakończył kol. Dehnel, oceniając należycie w zmarłym zacnego, poczciwego, szlachetnego, wyrozumiałego na ludzkie ułomności, wrażliwego na piękno i głęboko swój kraj miłującego człowieka, pożegnaniem w imieniu Towarzystwa, stawiając ś. p. Czajkowskiego za wzór godny naśladowania.

Oto spis prac ś. p. Czajkowskiego według referatu kol. J. Putermana, przedstawiającego w porządku chronologicznym rozwój działalności naukowej zmarłego, jej kierunek i dążenia: 1) Przyczynek do etyologii samoistnego ostrego nieżytu gardzieli (angina catarrhalis acuta idiopathica). 1888 r. — 2) Drobnoustroje narządów oddechowych człowieka (Mikroorganizmy organow dychanja czełowieka i ich znaczenje w etjołogii niekotorych zabolewanij etich organów). Dyssertacya doktorska. — 3) O niektórych powikłaniach ostrego samoistnego nieżytu gardzieli i ich stosunku do tegoż cierpienia. 1891. — 4) Kilka uwag z powodu t. zw. gorączki gruczołowej. 1894. — 5) Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym (Zellige Pneumonien — Finklera). 1895. — 6) O drobnoustrojach we krwi i wydzielinie śluzowej nosa chorych na odrę. 1892. — 7) O drobnoustrojach we krwi chorych na płonicę. Przyczynek do etyologii płonicy. 1895. — 8) O zarazku raka. — 9) Hutnictwo. — 10) Zatrucie cynkowe 1893. — 11) Przyczynek do rozpoznawania ogniskowych cierpień mózgu. 1898. — 12) Przypadek garbu lędźwiowego, leczonego metodą Calota. 1898. — 13) O patogenezie głębokich ropni przedniej ściany brzucha. 1900. — 14) O wyborze metody operacyjnej i wskazanie do leczenia doszczętnego przepuklin pachwinowych wolnych. 1901. — 15) O sztucznem otrzymywaniu antytoksyn. 1906. — 16) Stan obecny i przyszłość seroterapii. — 17) O sztucznym sposobie otrzymywania surowic leczniczych. Akad. Um. w Krakowie. 1906. — 18) O leczeniu swoistem reumatyzmu, oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia. 1912. — 19) W sprawie swoistego leczenia ospy. 1912.

Oprócz powyższych prac, ogłoszonych drukiem, wygłasza Czajkowski cały szereg odczytów, referatów, na posiedzeniach Towarzystw lekarskich i na zjazdach, bierze wogóle bardzo żywy udział w Towarzystwach lekarskich, z początku Częstochowskiem, a następnie Zagłębia Dąbrowskiego.

Z odczytów tych na szczególne uwzględnienie zasługują: »O statyczno-mechanicznych zasadach oceny uszkodzeń kośćca«, wygłoszony w r. 1903 i »Medycyna przyszłości i stanowisko w niej lekarza« w r. 1912. S. Weinzieher.

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie.

Otrzymujemy następujące pismo:

»Polski Komitet stały dla międzynarodowych zjazdów lekarskich otrzymał od Komitetu organizującego XVII międzynarodowy Kongres lekarski w Londynie okólniki, zawierające szczegóły, dotyczące programu Zjazdu, uroczystości, adresów biur, ułatwień podróży, wycieczek, a zarazem karty zgłoszeń itd.

Koledzy, którzyby sobie życzyli tych okólników, zechcą zgłosić się po nie do Biura polskiego Komitetu, Kraków, Wolska 15. Prof. Dr Wicherkiewicz«.

Polskie Biuro międzynarodowego Związku prasy lekarskiej ogłasza, że przedstawicielem Biura na Zjeździe prasy lekarskiej w Londynie będzie Dr Kucharzewski z Warszawy i że poszczególne pisma mieć będą następujących przedstawicieli: Prof. Kryński, Dr Karwacki, Bączkiewicz, Szumlański i Starkiewicz (Gazeta lekarska), Dr Bursche, Srebrny i Lubliner (Medycyna i Kronika lekarska), doc. W. Nowicki i prym. Pisek (Tygodnik lekarski), r. dw. prof. Dr Wicherkiewicz (Postęp okulistyczny), Dr August Kwaśnicki (Przegląd lekarski i Rocznik lekarski).

Konkurs »Przeglądu lekarskiego«.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przeznacza w r. b. 200 kor. na nagrody konkursowe. Kwota ta może być podzielona na dwie nagrody.

Podobnie, jak w roku zeszłym, nagrodzone będą najlepsze sprawozdania poglądowe, wydrukowane w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1913. Przedmiot sprawozdań dowolny; rękopisy przesyłać należy wprost do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Wiadomości bieżące.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich powiadamia kolegów, że sezon kąpielowy w Morszynie koło Stryja rozpoczął się z dniem 5. VI. Zakład prowadzi Dr Andrzej Pohorecki. W zakładzie jest 24 pokojów, urządzonych wygodnie. (Cena mieszkania wraz z utrzymaniem wynosi 7 kor. 60 h.). Łazienki odnowiono, sprowadzono nowe wanny. Skuteczność i skład morszyńskich kąpieli solankowych, gazowych i borowinowych są powszechnie znane. W miejscu zbudowano także dwa większe hotele i wiele mieszkań prywatnych. Zdrojowisko jest własnością Towarzystwa, a dochody z niego są przeznaczone na wsparcie wdów i sierót po lekarzach.

Wiekopomne dzieło Sniadeckiego »Teorya jestestw organicznych« jest do nabycia po nader zniżonej cenie 2 kor. 50 h. za egzemplarz w Administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Cały dochód z rozprzedaży przeznaczony został na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 18. VI. b. r. posiedzenie, na którem prezes poświęcił gorące słowa wspomnienia ś. p. Prof. Pareńskiemu, którego pamięć uczcili obecni przez powstanie z miejsc. Następnie zawiadomił prezes, że zamiast wieńca na trumnę przeznacza Towarzystwo 100 kor. na fundusz wdów i sierot po lekarzach, poczem na znak żałoby zamknął posiedzenie.

— Pogrzeb ś. p. Prof. Pareńskiego odbył się 19. VI. przy udziale wielotysięcznego tłumu. Obok przedstawicieli władz i korporacyi uczestniczyły w pogrzebie deputacye wszystkich Towarzystw filantropijnych, dla których Zmarły pracował. Ze Lwowa przybyli umyślnie na pogrzeb szef dep. Dr Bernadzikowski jako delegat Wydziału krajowego i Prof. Dr Sieradzki jako delegat Wydziału lekarskiego i Towarzystwa lekarskiego. Nad trumną przemawiali: od Uniwersytetu Jagiellońskiego rektor Prof. Zoll, od Wydziałów lekarskich obu Wszechnic i od wszystkich Towarzystw lekarskich w kraju Prof. Nowak, od Rady miasta poseł Prof. Bandrowski, od Kolegów szpitalnych dyrektor szpitala Dr Krzyszkowski, od Polskiego Towarzystwa balneologicznego Dr Frączkiewicz.

— Prof. Dr Kazimierz Kostanecki wybrany został rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego na r. 1913/1914.

— Polskie Towarzystwo balneologiczne rozesłało okólnik do wszystkich lekarzy w Galicyi pod tytułem: »Pamiętajmy o polskich zdrojowiskach i uzdrowiskach«. Okólnik ten zawiera alfabetyczny spis wszystkich zdrojowisk polskich na całym obszarze ziem dawnej Polski z najważniejszemi objaśnieniami co do składu wód, położenia geograficznego, położenia nad poziomem morza, frekwencyi i t. d., a ilustrowany jest »Mapą zdrojowisk polskich«, opracowaną przez Dra J. Zanietowskiego.

— Na zasadzie korzystnych doświadczeń, zebranych z prowadzenia w Zakładzie Kulparkowskim centralnej rzeźni i masarni, postanowił Wydział krajowy także w Zakładzie Kobierzyńskim zbudować wielką rzeźnię, któraby zaopatrywała w mięso i wyroby masarskie nietylko sam Zakład, ale także szpital krajowy w Krakowie i kilka poblizkich szpitali prowincyonalnych. W podobnym celu ma stanąć w Kobierzynie centralna fabryka makaronu, która zaoszczędzi rocznie 12.000 koron z kwoty 40.000, wydawanej dotąd za ten artykuł przez szpitale galicyjskie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. VI. do 14. VI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych 1 † —), krztuśca 7 † 2, ospy wietrznej 7, płonicy 5 † 2 (1 † 1), odry 25 † — (1 † —), duru brzusznego 3 † — (2 † —), róży 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału II. Towarzystwa naukowego Warszawskiego dnia 20. czerwca 1913 znajdował się referat Dr J. Bielińskiego p. t.: »Charakterystyka działalności naukowej Szkoły Głównej Warszawskiej«.

— Pod Warszawą w Jurasinie (koło Rembertowa) powstała z fundacyi p. Zofii Hochowej kolonia lecznicza dla dzieci zagrożonych gruźlicą, chorych na lżejsze postacie gruźlicy t. zw. zamkniętej, lub potrzebujących doleczania w okresie zdrowienia po ciężkich chorobach. Fundatorka ofiarowała 3½-morgowy park z budynkami, wartości 15.000 rb., oraz 37.000 rb. na przebudowę i fundusz żelazny. W kolonii, która będzie

otwarta corocznie w ciągu 7½ miesięcy (od 15. IV. do 30. XI) może być pomieszczonych równocześnie 60 dzieci, a przy 6-tygodniowym okresie pobytu, w ciągu jednego sezonu około 300. Lekarzem kolonii będzie Dr K. Łazarowicz; kuratorem jest Dr A. Puławski. (Gazeta lek. 24).

Łódź. Zarząd miasta postanowił utworzyć przy magistracie łódzkim wydział sanitarny. Do wydziału tego należeć mają: ogólny nadzór nad zdrowotnością miasta, regestracya zachorowań i śmiertelności, walka z chorobami zakaźnemi, szczególnie z ospą, szczepienia ochronne, nadzór lekarski szkolny, budowa nowych szpitali, zakład dezynfekcyjny i pracownia higieniczna miejska. Postanowiono dalej utworzyć stacye szczepienia krowianką przy wszystkich ambulatoryach szpitalnych i fabrycznych, oraz 10 osobnych stacyi miejskich. Zanim stanie szpital zakaźny miejski, którego budowa ma się rozpocząć na wiosnę 1914 i trwać 2—3 lat, ma być wynajęty dla pomieszczenia chorych zakaźnych barak w szpitalu Czerwonego Krzyża, a jako lokal izolacyjny ma być wynajęty osobny dom. Za staraniem Dr Łuczyckiego postanowiono celem zwalczania chorób wenerycznych wzmocnić nadzór nad prostytucyą i zbudować osobny szpital na 100 łóżek, a tymczasem wynająć dom na pomieszczenie chorych wenerycznych. Projekt organizacyi miejskiego wydziału sanitarnego ma opracować komisya, złożona z radnych miejskich, dwu obywateli i czterech lekarzy.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 2. VI. do 9. VI. 1913 przypadków: ospy 1 † 1, płonicy 1 † —, duru wysypkowego 8 † —, róży —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Prof. Dr R. Kraus i Dr J. Winter z Wiednia zestawili 12 przenośnych pracowni bakteryologicznych, doskonale we wszystko wyposażonych, których koszt (80.000 koron) poniósł Dr Winter, i ofiarowali je rządowi austryackiemu na użytek armii w razie wojny. W czasie pokoju rozporządzać będzie temi pracowniami ministerstwo spraw wewnętrznych; w ten sposób zyskał rząd podstawę dla ruchomych stacyi bakteryologicznych, których potrzebę oddawna podnoszono, a które szczególnie mogłyby być użyteczne w Galicyi.

— Badania, podjęte w Monachium co do stosunków mieszkaniowych młodzieży uniwersyteckiej wykazały, że pod tym względem panują opłakane wprost stosunki. Prawie 22% t. zw. »bud« studenckich ma za mało powietrza (mniej niż 30 m³), 17% jest za ciemnych, a 2% jest nie do opalenia. K.

Mianowani: prof. Sauerbruch z Zurichu profesorem chirurgii w Halle (po zmarłym Bramannie).

Zmarli: Dr Jan Brzeziński w 62 r. ż. w Warszawie; studya odbywał w Szkole głównej, a następnie w Uniwersytecie warszawskim, gdzie też uzyskał dyplom lekarski; w r. 1870 brał udział w wojnie po stronie francuskiej, następnie doktoryzował się w Berlinie i pracował na klinikach francuskich i włoskich; obdarzony talentem literackim niepoślednim, pracował piśmienniczo na polu krytyki w »Gazecie polskiej« jako »Ignotus«, a od r. 1903—1906 redagował »Kuryera warszawskiego«. — Dr Maurycy Landau z Warszawy zmarł w Abacyi w 63 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 25. czerwca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye z oddziału Prof. Rutkowskiego i z klinik Prof. Rosnera i Prof. Piltza. 2) Demonstracya chorych, leczonych promieniami radu przez Prof. Krzyształowicza. 3) Prof. Krzyształowicz: Przemiana materyi, a choroby skórne,



Rok LII. Kraków, dnia 28 czerwca 1913. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Kazańskiego (Dyrektor Prof. Dr Witold Orłowski)

W sprawie leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.[1])

Podał

Prof. Dr **Witold Orłowski.**

Komu chociażby raz w życiu zdarzyło się być świadkiem tego burzliwego i ciężkiego obrazu klinicznego, który przedstawia chory na gruźlicę płuc podczas powikłania choroby rozległą samorodną odmą piersiową, ten bezwątpienia uzna zrazu za niedorzeczną samą myśl o możliwości leczenia gruźlicy płuc odmą piersiową. Przedstawmy sobie w samej rzeczy chorego na gruźlicę płuc, który raptownie wśród względnie znośnego stanu zapada w chwili powstania odmy na straszną duszność, nie zmniejszającą się, lecz przeciwnie rosnącą z każdym głębszym wdechem, dochodzącą do stopnia istotnego głodu powietrza, chorego, u którego jednocześnie następuje ogromny upadek czynności serca, znaczna sinica i bardzo często silne bóle w boku, chorego, który odrazu zostaje posunięty nad brzeg mogiły... Czyż wobec tego obrazu, świadczącego o zaciętej walce chorego między życiem a śmiercią, w zależności od powikłania odmą jego gruźlicy płucnej, zasługuje na uwagę polecenie odmy piersiowej, jako metody leczniczej dla gruźlicy płuc? Czyż wobec tego należy się dziwić, że nie zbudziły żadnego oddźwięku dowodzenia Carsona([1]) przed 91 laty o dodatnim wpływie ucisku płuc na ich chorobowe sprawy, jakkolwiek dowodzenia te nie były gołosłowne, lecz oparte na doświadczeniach z odmą piersiową na królikach. Taki los spotkał i dowodzenia Ramagde([1]) w r. 1834, który twierdził, że »wszelka metoda, zdolna wywołać zapadnięcie się ścian jam płucnych i przez to sprzyjająca ich zabliźnieniu się, jest metodą leczniczą par excellence«. Jego nieustanne nawoływania o leczniczem działaniu ucisku płuc na ich schorzenia pozostały głosem wołającego na puszczy, chociaż swój pomysł udowodniał on nawet spostrzeżeniami. Gdy zaś w r. 1881 Hérard([1]) na Zjeździe w Algeryi wygłosił zdanie, że w pierwszym i drugim okresie gruźlicy płuc ucisk płuc powietrzem, które przedostało się do jamy opłucnej, zatrzymuje rozwój gruzełków, a w trzecim, wywołując zbliżenie się ścian jam płucnych, doprowadza do ich zabliźnienia, to zdanie to wywołało energiczne protesty i ironiczną uwagę jednego z obecnych członków Zjazdu, że, jeśli zdanie Hérarda jest słuszne, obowiązkiem każdego lekarza jest wywoływać u chorych gruźliczych sztucznie odmę piersiową po tej stronie, gdzie zmiany są silniej zaznaczone; »można sobie wyobrazić« — dodał tenże członek Zjazdu — »fatalne skutki takiego postępowania, przedstawiającego logiczny wynik nauki o pomyślnym wpływie odmy piersiowej na suchoty płuc«. Tylko uporczywości Forlaniniego i pracom Brauera zawdzięczamy zmianę w zapatrywaniach na odmę samorodną i sztuczną i ich wpływ na przebieg gruźlicy płucnej. Tylko dzięki im rozpoczęła się krytyczna praca nad odmą piersiową, jako metodą leczniczą suchot płucnych.

Stojąc na punkcie widzenia Celsusa, że »jedynie doświadczenie, lecz nie książkowa mądrość wyrabia lekarza«, wstąpiła na drogę badania leczniczej doniosłości odmy piersiowej przy gruźlicy płuc również zarządzana przezemnie klinika chorób wewnętrznych Uniwersytetu Kazańskiego. Nie mam zamiaru podawać tutaj metodyki, którą stosujemy w klinice, ani też opisywać szczegółowo naszych spostrzeżeń, te dane bowiem stanowią treść odczytu asystenta kliniki Doc. Fofanowa i będą przez niego w swoim czasie podane również na szpaltach czasopism lekarskich. Mam na myśli zadanie skromniejsze, mianowicie, chcę na mocy danych piśmienniczych, jak również spostrzeżeń z mej kliniki i spostrzeżeń, poczynionych przezemnie przy zwiedzaniu sanatoryów i klinik zagranicznych, przedstawić tutaj obecny stan sprawy o bliższych i dalszych wynikach leczenia suchot płucnych sztuczną odmą piersiową, o wskazaniach, przeciwwskazaniach i powikłaniach przy tem leczeniu. Tą drogą mam zamiar wykazać, że w nauce o leczeniu gruźlicy sztuczną odmą piersiową jest jeszcze bardzo dużo spraw i pytań nierozstrzygniętych. Wyjaśnienie tego stanu rzeczy zdaje mi się bardzo na czasie w obecnej chwili, gdy leczenie suchot płucnych sztuczną odmą piersiową znajduje coraz więcej zwolenników i przez niektórych badaczy (np. Doc. Rubel([2]) jest gorąco polecane już nietylko dla klinik i szpitali, lecz i dla każdego lekarza praktyka, nawet pracującego gdziekolwiek w zakątku.

Przy prawidłowem prowadzeniu omawianego leczenia wyniki unieruchomienia chorego płuca występują już w pierwszych dniach. Najwybitniej przejawia się ta okoliczność na

[1]) Wygłoszono w Towarzystwie lekarskiem w Kazaniu 24. I. (6/II.).

ciepłocie ciała: nawet gorączka trawiąca w przypadkach niepowikłanych spada szybko nieraz do poziomu prawidłowego lub w każdym razie znacznie się obniża, podnosząc się znowu, gdy ucisk płuca się zmniejsza wskutek wchłaniania się azotu. W pierwszych dniach po wprowadzeniu azotu ciepłota zresztą czasami się podnosi, nieraz bardzo znacznie. Tak np. u jednego z naszych chorych z gruźlicą prawego płuca ciepłota, która wahała się przedtem między 37^0 a 38^0, po pierwszem wprowadzeniu 1130 cm^3 azotu podniosła się ku wieczorowi tegoż dnia do $40 \cdot 2^0$ i doszła do pierwotnych liczb $37—37 \cdot 3^0$ dopiero na dziewiąty dzień; ponowne wprowadzania azotu w celu otrzymania zupełnego ucisku płuca wywoływały każdorazowo również nasilenie ciepłoty, coprawda, coraz mniejsze (od $38 \cdot 4^0$ do $37 \cdot 2^0$). U drugiego chorego po pierwszem wprowadzeniu 1250 cm^3 azotu ciepłota podniosła się do 39^0, po drugiem w ilości 1000 cm^3 do $39 \cdot 6^0$, po trzeciem w ilości 750 cm^3 do $40 \cdot 7^0$; po tem nasileniu ciepłota szybko zaczęła się obniżać i wszystkie następne wprowadzania azotu nie sprowadzały już więcej podniesienia ciepłoty, jakkolwiek nam dotychczas nie udało się osiągnąć zupełnego zapadnięcia się jamy w górnym płacie chorego płuca.

Podobny wpływ wprowadzania azotu do opłucnej przy gruźlicy płuc, zależy prawdopodobnie od silnego wchłaniania się do ustroju jadów gruźliczych, wyciskanych z zajętego gruźlicą płuca. Jednocześnie z obniżeniem ciepłoty tętno już to się zwalnia do granic prawidłowych, już to się obniża do 72—80. Kaszel w pierwszych dniach czasami się nasila, następnie zaś zmniejsza się, ilość plwociny pierwotnie czasami zwiększa się dość znacznie, potem plwociny ubywa i wreszcie znika ona zupełnie. Włókna sprężyste i laseczniki gruźlicze co do ilości ulegają tym zmianom, co i ilość plwociny. Zupełne żnikanie laseczników Kocha następuje zwykle nie wcześniej, niż po 1—2-miesięcznym ucisku płuca O ile doniosłym jest wpływ unieruchomienia płuc na laseczniki, najlepiej dowodzi statystyka Saugmana (3). Badacz ten przy zwykłem leczeniu sanatoryjnem gruźlicy płuc, nawet w połączeniu z tuberkulinowem, w ciągu 10 lat spostrzegał znikanie w plwocinie prątków Kocha zaledwie u 25% wszystkich chorych wszystkich okresów, przy stosowaniu zaś leczenia sztuczną odmą piersiową u 50% ciężkich chorych trzeciego okresu. Oprócz przed chwilą przytoczonych wyników bezpośredniego wpływu na ustrój sztucznej odmy piersiowej, które czasami spostrzegaliśmy nawet przy niezupełnym ucisku chorego płuca u chorych na gruźlicę płuc, usuwa ona nieraz jednocześnie również objawy dyspeptyczne, zależne od zatrucia krwi jadami gruźliczymi, wreszcie nieraz znacznie polepsza stan podmiotowy chorego. Zaznaczę jeszcze, że u jednego z naszych chorych każde wprowadzenie azotu do jamy opłucnej wywoływało początkowo nasilenie lub zjawienie się potów nocnych, które znikały po kilku dniach. U drugiej z naszych chorych każde wprowadzenie azotu w tym czasie, gdy osiągnęliśmy znaczny ucisk zajętego gruźlicą płuca, wywoływało silny ból głowy, który za każdym razem trwał przez dwa dni.

W dalszym ciągu leczenia w przypadkach pomyślnych stan chorego, który zdawał się być już beznadziejnym, polepsza się czasami coraz więcej i sprawa może wreszcie skończyć się zupełnem wyzdrowieniem chorego. Tu należą przypadki Forlaniniego (4), Denekego (5), Brauera i Spenglera (6), Burckhardta (7), Bochalli (10), Braunsa (11) i innych, stwierdzone dalszem spostrzeganiem lub pośmiertnem badaniem zwłok. Brauer i Spengler (8) jako skutek stosowania omawianej metody w 40 ciężkich przypadkach suchot u chorych, którzy przedtem bardzo starannie i długo leczyli się w uzdrowiskach, otrzymali w 45% bardzo dobre wyniki, mianowicie chorzy tej kategoryi, pomimo to, że sztuczna odma piersiowa w chwili ogłoszenia omawianych wyników znikła u nich już przed $^1/_2—1^1/_2$ laty, »czują się dobrze, prowadzą tryb życia ludzi zdrowych, plwociny nie odkrztuszają lub bardzo niewiele i bez prątków, jakkolwiek przed wytworzeniem odmy rokowanie u tych chorych było bardzo złe«; w 17,5% wynik był dobry, mianowicie, »ciężka postępująca gruźlica płuc z nader obfitą plwociną przeistoczyła się w zupełnie stałą postać z niewielką, czasami nawet bardzo skąpą ilością plwociny, która jednak stale lub czasowo zawiera prątki gruźlicze«; w 15% spostrzeżeń tych badaczy wyniki były zadowalniające; do tej kategoryi należy 6 przypadków, lecz tylko u jednego z tych chorych odma była dość duża, u reszty zaś 5 udało się stwierdzić zaledwie nieznaczną odmę piersiową lub odmę zrostów opłucnych; wreszcie, w 15% wynik był niezadowalniający, a w $7^1/_2$%, więc u 3 z ogólnej liczby 40 chorych nastąpiło zejście śmiertelne. Delbet (9) stosował sztuczną odmę piersiową u 100 chorych na ciężką gruźlicę płuc z jamami i otrzymał u 13 zupełne wyzdrowienie, u 7 prawie wyleczenie, u 27 znaczną poprawę, u 25 zatrzymanie się sprawy chorobowej, u 21 nastąpiła śmierć, lecz Delbet nie może przypisać jej odmie, u 7 wreszcie nie udało się wywołać odmy.

Jeżeli więc takie spostrzeżenia dowodzą, że w szeregu zdawałoby się czasami nawet beznadziejnych przypadków leczenie suchot płucnych sztuczną odmą piersiową może doprowadzić do wyzdrowienia lub chociażby do mniej lub więcej znacznej poprawy, to zdania o długotrwałości leczenia i wskazaniach i przeciwwskazaniach dla tej metody leczniczej są dotychczas niezgodne. Ciż sami badacze, np. Forlanini, zmienili pod tym względem w krótkim stosunkowo czasie zasadniczo swoje poglądy. Co prawda, prawie wszyscy zgodnie świadczą, że w razie istnienia zrostów opłucnej, przeszkadzających zapadnięciu się płuca, trzeba prowadzić leczenie znacznie dłużej, niż w przypadkach bez zrostów, lecz co do tego, jak długo utrzymywać płuco skurczonem nawet w przypadkach niepowikłanych, zdania się rozchodzą. Cóż dopiero mówić o przypadkach ze zrostami. I tak Brauer (12) początkowo radził utrzymywać płuco w stanie skurczonym 2 lata, a w ostatnim czasie (8) poleca już 1—2 lata, zaznaczając jednak, że w niektórych przypadkach wystarczy stosowanie odmy nawet w ciągu koło $^1/_2$ roku. Saugman (13) w ostrych przypadkach gruźlicy gotów jest zadowolnić się odmą, podtrzymywaną w ciągu roku, w przewlekłych zaś wymaga 2-letniego i nawet dłuższego leczenia. Wogóle radzi ten badacz utrzymywać odmę możliwie dłużej, ponieważ po wessaniu się azotu następują nieraz zrosty opłucne, wskutek których tracimy możność zastosowania znowu odmy w razie, jeśliby się okazało, że gruźlica nie została jeszcze uleczona. Forlanini (14) podtrzymywał z początku odmę w szeregu lat, wprowadzając azot, dopóki jama opłucna nie utraciła własności wchłaniania tego gazu i odma skutkiem tego nie stawała się niezmienną. W osta-

tnim jednak czasie Forlanini ([15]) przekonał się, iż w niektórych przypadkach długo trwająca odma wiedzie do tak znacznego zmniejszenia powierzchni oddechowej płuca, że chory nawet przy najgłębszym wdechu nie może wprowadzić do ustroju ilości tlenu, niezbędnej już w stanie względnego spokoju. Pod wpływem tych spostrzeżeń Forlanini zmienia swoje zdanie i radzi dziś utrzymywać odmę tak długo, jak to jest bezwarunkowo niezbędnem (»so lange als unbedingt nötig«). Jak często jednak i przy jak długiem trwaniu zapadnięcia się płuca następuje to nader silne upośledzenie oddechowej czynności wyleczonego sztuczną odmą gruźliczego płuca, niewiadomo. Co prawda, w piśmiennictwie spotykamy niektóre dane, dotyczące zmian anatomicznych w uległem uciskowi płucu zarówno w miejscach zmian gruźliczych, jak i w zdrowych częściach płuca; (Brauer ([12]), Saugman ([3]) ([13]), Grätz ([16]), Weiss (17), Burckhardt ([7]), Kaufmann ([18]), Warneke ([19]), Kistler ([20]), Hymans van den Bergh razem z de Josselin de Jong i Schutem ([21]). Spotykamy również luźne wskazówki, dotyczące objawów przy rozszerzaniu się płuca, następującem po ukończeniu leczenia (Saugman ([3]), Forlanini ([4]). Wobec jednak sprzeczności podawanych danych nie można postawionego wyżej pytania uważać za rozwiązane. Tu są niezbędne dalsze kliniczne i doświadczalne badania, inaczej bowiem nie unikniemy ostrej satyry tej miary myśliciela, co Voltaire, który twierdził, że medycyna zawiera się w tem, żeby środki, których nie znamy, zastosowywać do ustroju, który jeszcze mniej znamy. Niektóre z doświadczeń w tym kierunku prowadzimy obecnie w klinice.

Nie mniej różnorodne są zdania wśród autorów i w sprawie wskazań i przeciwwskazań sztucznej odmy piersiowej przy gruźlicy płuc. Brauer ogranicza stosowanie tej metody do przypadków ciężkich, lecz i tu tylko w razie zmian jednostronnych; w drugiem płucu nie powinno być żadnych ognisk czynnych, te bowiem przy leczeniu odmą piersiową obostrzają się (również Weiss i inni). Te przeciwwskazania w ostatnich czasach podkreślają zwłaszcza Hymans van den Bergh z de Josselin de Jong i Schutem ([21]), którzy spostrzegali w szeregu przypadków wybitne obostrzenie się sprawy w stosunkowo zdrowem płucu. W przeciwieństwie do tych badaczy Forlanini i szereg innych twierdzą, że nieduże ogniska czynne w drugiem płucu nieraz przy leczeniu sztuczną odmą wykazują polepszenie. Forlanini ([14]) radził początkowo stosowanie sztucznej odmy w 1) niepowikłanych przypadkach rozległej, daleko posuniętej jednostronnej gruźlicy płuc, 2) we wcześniejszych okresach jednostronnej gruźlicy płucnej, jeśli dla jakichkolwiek przyczyn nie można zastosować zwykłego higienicznodyetetycznego sposobu leczenia lub jeśli takie leczenie, zastosowane nie dało skutku dodatniego, wreszcie, 3) w przypadkach zmian obustronnych, jeśli w jednem z płuc mamy okres zaledwie początkowy. W ostatnim jednak czasie Forlanini ([15]) zmienia znacznie zdanie i radzi rozpoczynać leczenie sztuczną odmą piersiową tak wcześnie, jak tylko można, więc już w pierwszym okresie. Pod tym względem jego zdanie jest tymczasem prawie odosobnione; o ile przynajmniej wiem, do tego poglądu dołączył się tylko jeden Persch ([22]). Obecność gruźlicy krtani i jelit i schorzenia narządów krążenia stanowią, zdaniem Forlaniniego, Saugmana, Weissa i wielu innych, przeciwwskazanie dla omawianej metody, tymczasem Brauer ze Spenglerem ([6]) przytaczają spostrzeżenia, w których wybitnie zaznaczone objawy jelitowe znikły pod wpływem leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową. Pod jednym względem badacze są zgodni, mianowicie, że rozległe obustronne zmiany gruźlicze płuc i niemożliwość otrzymania odmy w razie rozległych zrostów opłucnych stanowią przeciwwskazanie do leczenia suchot płucnych odmą piersiową. Tu muszę zaznaczyć, że częstość zrostów opłucnych i zwykle obustronność gruźlicy płucnej w wysokim stopniu ograniczają zakres stosowania sztucznej odmy piersiowej, jako metody leczniczej suchot płucnych. Do tego wniosku o niemożliwości zastosowania sztucznej odmy piersiowej w ogromnej liczbie przypadków suchot płuc doszedłem na mocy stałego materyału klinicznego, włączając i ambulatoryum kliniki, i materyału specyalnej przychodni przeciwgruźliczej Kazańskiego oddziału wszechrosyjskiej Ligi walki z gruźlicą. Zdanie to podzielają i inni badacze, z których niektórzy podają nawet liczby. I tak, Volhard ([23]) z 789 przypadków ciężkich suchot płucnych uznał za odpowiednie dla omawianej metody zaledwie ($56 = 7{\cdot}8\%$), lecz z tej liczby u 22 nie udało się otrzymać zupełnego zapadnięcia się płuca wskutek rozległych zrostów. Courmont ([24]) z 352 wybrał zaledwie 31, Bernard ([25]), szukając w ciągu roku odpowiednich chorych wśród materyału szpitala Laenneca, znalazł zaledwie 6, lecz z tej liczby trzeba było u 5 zaniechać stosowania odmy wobec rozległych zrostów.

W naszej klinice przekonywaliśmy się również nieraz, jak trudno osiągnąć czasami zupełne rozerwanie się zrostów, pomimo systematycznego utrzymywania w jamie opłucnej wysokiego ciśnienia dodatniego. Doszliśmy następnie, wbrew zdaniu Forlaniniego, do poglądu, którego bronią i niektórzy autorowie (Brauer ze Spenglerem, Keller, Saugman i inni), że w obecnej chwili nie posiadamy pewnych oznak, któreby pozwalały nam zawczasu rozstrzygnąć pytanie, czy uda się w każdym poszczególnym przypadku otrzymać zupełną odmę piersiową. Istotnie, w niektórych razach z łatwością otrzymujemy zupełny ucisk chorego płuca, pomimo, że przesuwalność brzegów płucnych jest zupełnie zniesiona, i nawet wtenczas, gdy czasami odpowiednia połowa klatki piersiowej jest zapadnięta w znacznym stopniu. I odwrotnie spotykamy przypadki, w których wszystkie usiłowania, by otrzymać zupełną odmę, rozbijają się o zrosty, gdy przedtem nie nasuwała się żadna wątpliwość co do możliwości osiągnięcia zupełnego ucisku chorego płuca. Jako przykład przytoczę jedno z naszych spostrzeżeń Dotyczy ono chorej z gruźlicą prawego płuca i prawostronnym wysiękiem opłucnej, który sięgał do poziomu 4. międzyżebrza w prawej linii pachowej i o 2 palce ponad dolnym kątem prawej łopatki. U tej chorej przystąpiliśmy do wytworzenia sztucznej odmy piersiowej na trzeci dzień po ustąpieniu szmeru tarcia opłucnej pod prawym obojczykiem przy wskazanych wyżej rozmiarach wysięku. Pomimo to nie mogliśmy otrzymać u tej chorej całkowitego zapadnięcia się chorego płuca, jakkolwiek przez długi czas podtrzymywaliśmy w jamie opłucnej ponownemi wprowadzeniami azotu wysokie ciśnienie dodatnie: górny płat prawego płuca pozostaje wciąż przyrośniętym, jakkolwiek, gdy doprowadziliśmy ciśnienie wewnątrzopłucne do + 11 mm. Hg., śródpiersie (mediastinum) w dolnej swej części, jak to wykazało opukiwanie i badanie Röntgenowskie, przesunęło się znacznie

do lewej połowy klatki piersiowej, co wywołało bardzo silną duszność, kaszel i przyspieszenie tętna do 120 uderzeń na minutę.

Nie rozwiązanym pozostaje również szereg zagadnień co do powstania i znaczenia niektórych powikłań, spostrzeganych przy leczeniu sztuczną odmą piersiową. I tak, powstanie wysiękowych zapaleń opłucnej tłómaczy Brauer wpływem wysokiego ciśnienia dodatniego w jamie opłucnej, zależnego od ciągłych odnawiań odmy. Temu jednak przeczą spostrzeżenia Saugmana ([13]), Kellera ([26]) i nasze, w szeregu bowiem przypadków, w których ciśnienie w jamie opłucnej doprowadzaliśmy do wysokiego stopnia, powikłania zapaleniem opłucnej nie otrzymaliśmy. Przeciwnie, w niektórych z naszych przypadków gruźlicy płuc z jednoczesnem wysiękowem zapaleniem opłucnej wysięk pod wpływem wysokiego ciśnienia od wprowadzenia azotu zaczynał bardzo szybko się wchłaniać. Tensam Brauer i początkowo Saugman ([13]) wygłosili zdanie, że zapalenia opłucnej powstają wskutek rozciągania i rozrywania się zrostów opłucnych z następowem przedostawaniem się do opłucnej drobnych gruzełków lub wskutek poranienia zmienionej tkanki płucnej przy wprowadzaniu igły z następowem zakażeniem jamy opłucnej. Ładny przykład pierwszego z tych dwóch mechanizmów powstawania zapalenia opłucnej przy leczeniu gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową spostrzegaliśmy u jednego z naszych chorych, u którego zapalenie opłucnej zjawiło się po jedenastem wprowadzeniu azotu, gdy jeden z dużych zrostów opłucnych rozerwał się. Gratz ([16]), niedawno również Saugman ([3]) tłómaczy zapalenia opłucnej uciskiem płuc i zbliżeniem wobec tego do opłucnej płuc ognisk gruźliczych z następnem przeżarciem opłucnej. Niektórzy wreszcie upatrują przyczynę zapalenia opłucnej, wikłającego sztuczną odmę piersiową, w niedostatecznej czystości lub w podrażniających własnościach azotu. Z tem jednak nie zgadzają się wyniki moich wspólnie z asystentem kliniki doc. Fofanowym prowadzonych doświadczeń na psach. Powikłanie zapaleniem opłucnej Brauer, Spengler, Forlanini i inni uważają dla wielu przypadków jako objaw pomyślny, gdyż w razie zjawienia się tego zapalenia azot zaczyna wchłaniać się nie tak szybko, wobec czego można zadowalniać się rzadszemi wdmuchiwaniami azotu. Przeciwnie Saugman i szereg innych autorów, zwłaszcza zaś Hyman van den Bergh, de Josselin de Jong i Schut ([21]) podkreślają, że powikłanie odmy z zapaleniem opłucnej bardzo często w wysokim stopniu pogarsza dalszy przebieg choroby. Dalej zupełnie niezgodne są zdania co do pochodzenia tego obrazu klinicznego, który wikła nieraz sztuczną odmę piersiową, a który Forlanini i jego zwolennicy opisują pod nazwą rzucawki opłucnej. Nie będę teraz szczegółowo poruszać tego zagadnienia, wkrótce bowiem mam zamiar ogłosić wspólnie z doc. Fofanowym osobny artykuł, dotyczący tej sprawy. Na tem miejscu zaznaczę tylko, że stanowczo nie mogę uznać opłucno-odruchowego pochodzenia t. zw. zupełnej (vollständige Form) postaci rzucawki opłucnej, co utrzymuje Forlanini, lecz nie mogę pogodzić się również ze zdaniem Brauera, który tłómaczy wszystkie bez wyjątku postacie tego powikłania zawsze jako zator gazowy. Na podstawie danych, które przytoczymy w swoim czasie, jestem tego zdania, że przypadki »zupełnej« postaci rzucawki opłucnej zależą od zatoru naczyń mózgowych, przypadki zaś »niezupełnej« czyli »nieprawidłowej« (unvollständige, abnorme, anormale Form) postaci rzucawki opłucnej mogą być pochodzenia już to gazowozatorowego, już to opłucnoodruchowego.

Ostatnie zagadnienie, które chcę tu poruszyć, dotyczy tłómaczenia pomyślnego wpływu leczenia suchot płucnych sztuczną odmą piersiową. Jak wiadomo, w tej sprawie panującym jest pogląd Brauera, który sprowadza działanie odmy do skojarzenia się kilku czynników. Przedewszystkiem wywołując zupełne zapadnięcie się płuca i jego unieruchomienie przez wprowadzenie do jamy opłucnej azotu, otrzymujemy znaczne zwolnienie, miejscami zaś zupełny zastój prądu limfy w płucu (Bruns ([27]), Tendeloo i inni). Wskutek tego rozpowszechnienie się prątków gruźliczych i ich jadów w chorem płucu i w całym ustroju zostaje zatamowane, z drugiej zaś strony miejscowe podrażnienie toksynami doprowadza do miejscowego zapalenia odczynowego z rozwojem tkanki łącznej. Unieruchomienie płuca sprzyja znów, jak zaznaczał jeszcze Carson, następowemu bliznowaceniu tej tkanki. Oprócz tego, przy ucisku zupełnym chorego płuca plwocina zostaje z niego wyciśnięta do dużych oskrzeli, skąd chory ją wydala przez odkrztuszanie; w ten więc sposób usuwa się zastój i rozkład wydalin patologicznych w płucu. Wreszcie, przy zupełnem unieruchomieniu płuca zostaje usunięty jeszcze jeden czynnik, który odgrywa doniosłą rolę w szerzeniu się gruźlicy w zajętem płucu; mianowicie, aspiracya plwociny z chorych części płuca do zdrowych części. Forlanini, uznając ogromne znaczenie niektórych z tych czynników, upatruje przyczynę skutecznego działania sztucznej odmy piersiowej na gruźlicę płuc gdzieindziej. Nie zatrzymując się na jego tłómaczeniu, muszę podnieść, że myślący badacz nie może uznać poglądów Brauera za ostatecznie rozstrzygające omawiane zagadnienie. Istotnie, jeśli zupełne unieruchomienie chorego płuca odgrywa najważniejszą rolę, to jak z tem pogodzić spostrzeżenia o cechach wręcz przeciwnych, świadczących o dobrych wynikach leczenia suchot płucnych drogą operacyjnego zwiększenia górnego otworu klatki piersiowej, przez co wzmaga się ruchomość gruźliczego płuca. Z drugiej strony uważam za niezupełnie uzasadnione zdanie Brauera, jakoby jady gruźlicze, zatrzymane w chorem płucu, były przyczyną rozwoju w niem tkanki łącznej. Klucz do zrozumienia tych zagadnień mogą dać nam dalsze badania. W celu wyświetlenia niektórych z nich prowadzimy też dziś w klinice odpowiednie doświadczenia na zwierzętach.

Jeśli teraz streścić wszystko, com powiedział, to oczywiście dochodzi się do wniosku, że sztuczna odma piersiowa, jako metoda leczenia suchot płucnych, nie jest jeszcze dostatecznie zbadana, a jeśli do tego dodać, że jej stosowanie wymaga ciągłej kontroli za pomocą promieni Röntgenowskich, to należy uznać, że może ona być stosowaną obecnie tylko w klinikach, sanatoryach i szpitalach. I tu jednak dla zupełnego wyświetlenia swej doniosłości będzie ona potrzebować wielu wysiłków i żmudnej pracy badaczy.

Piśmiennictwo. 1) Przytaczam podług kroniki Castaignea w Journal médical français 1912, Nr 6. — 2) Rubel. Iskusstwiennyj pnewmotoraks pri leczeni tubierkuleza lekkich. Monografia. Petersburg 1912. — 3) Saugman. Behandlung der Lungentuberkulose mittels künstlicher Pneumothoraxbildung. Beihefte zur Medizinischen Klinik. 1911, Nr 4. — 4) Forlanini. Ueber den künstlichen nachträglich doppelseitigen Pneumothorax. Deutsche mediz. Wochenschrift 1911, Nr 3. — 5) Deneke. Deutsche me-

diz. Wochenschrift 1911, Nr 17, str. 813. — 6) Brauer und Spengler. Klinische Beobachtungen bei künstlichem Pneumothorax. Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1909, t. 14 i 1911, t. 19 i Münch. med. Wochenschrift 1911, Nr 9. — 7) Burckhardt. Künstlicher Pneumothorax. Deutsche mediz. Wochenschrift 1911, Nr 36, str. 1680. — 8) Brauer. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 1910, luty. — 9) Delbet. Presse médicale 1912, Nr 31, str. 318. — 10) Bochalli. Beitrag zur Pneumothorax-Behandlung schwerer Lungentuberkulose. Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1912, t. 24. — 11) Brauns. Zur Behandlung der Lungenschwindsucht mittelst künstl. Pneumothorax. Zeitschrift für Tuberculose. 1910, t. 18. — 12) Brauer. Die Behandlung chronischer Lungenkrankheiten durch Lungenkollaps. Therapie der Gegenwart 1908, czerwiec. — 13) Saugman u. Hansen. Klinische Erfahrungen über die Behandlung der Lungentuberculose mittelst künstl. Pneumothoraxbildung. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1910, t. 15. — 14) Forlanini. Versuche mit künstl. Pneumothorax dei Lungenphtise, München. mediz. Wochenschrift 1894, Nr 15; Die Indikationen und die Technik des künstlichen Pneumothorax bei der Behandlung der Lungenschwindsucht. Therapie der Gegenwart 1908, Nr 11—12; Zur Behandlung der Lungenschwindsucht durch künstlich erzeugten Pneumothorax Deutsche mediz. Wochenschrift 1906, Nr 35. — 15) Forlanini. Ueber die respiratorische Funktion der durch künstl. Pneumothorax geheilten, nach der Behandlung wieder ausgedehnten Lunge. Deutsche medizinische Wochenschrift 1911, Nr 6. — 16) Grätz. Der Einfluss d. künstlichen Pneumothorax auf die tuberkulöse Lunge. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1008, t. 10. — 17) Weiss. Ueber Komplikationen bei der Behandlung mit künstlichem Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1912, t. 24. — 18) Kaufmann. Ueber die Veränderungen der Pleura und Lunge gesunder Hunde durch künstlichen Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1912, t. 23. — 19) Warneke. Beitrag zur pathologischen Anatomie des künstlichen Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1910, t. 16. — 20) Kistler. Beitrag zur pathologischen Anatomie des künstlichen Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1911, t. 19. — 21) Hymans van den Bergh, de Josselin de Jong u. Schut. Einige Erfahrungen mit künstlichem Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1913, t. 26. — 22) Persch. Beiträge zur klin. Chirurgie, t. 81. — 23) Volhard. Münch. med. Wochenschrift 1912, Nr 32. — 24) Courmont. La Presse médicale 1912, Nr 52, str. 552. — 25) Bernard. La Presse medicale 1912, Nr 52, str. 552. — 26) Keller. Erfahrungen über den künstlichen Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1912, t. 22. — 27) Bruns. Ueber Folgezustände des einseitigen Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1908, t. 12.

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Jan Piltz).

O objawach ogólnych i ich znaczeniu dla wczesnego rozpoznania i leczenia nowotworów mózgu.

Podał

(na podstawie odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem)

Dr Jan Landau

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Są to więc różne hypochondryczno-neurasteniczne objawy, które nie mają nic wspólnego z właściwymi zawrotami głowy.

Jeśli zaś przez zawroty głowy będziemy rozumieć ten tylko objaw, który polega na uczuciu chorego, iż on obraca się dokoła swej własnej osi, alboteż, że on stoi wprawdzie w jednem miejscu, lecz wszystkie przedmioty poruszają się dookoła niego, a któreto uczucie chorzy tacy porównują często z uczuciem tej niepewności, jaką się miewa po upiciu się wyskokiem, to wtedy okaże się, że objaw ten, jako objaw ogólny, jest stosunkowo rzadkim w przebiegu nowotworów mózgu.

Zawroty same przez się nie mogą stanowić jeszcze o rozpoznaniu nowotworu, a nawet nie przemawiają za jakąś zmianą chorobową, któraby musiała iść w parze z podniesieniem się ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Pojawiają się one bowiem także w pewnych chorobach ogólnych i przy takich schorzeniach mózgowia (rozsiane stwardnienie mózgu i rdzenia, kiła, krwotoki, zapalenie opon i inne), które bądźto zajmują most Varola, bądź okolicę mostowo-móżdżkową, bądź też rdzeń przedłużony, względnie nerwy przedsionkowe i t. d. Mimoto jednak przy zbieraniu wywiadów pamiętać o nich należy, ponieważ wspólnie z innymi objawami mogą one rozstrzygać o przyrodzie sprawy chorobowej.

Na granicy ogólnych objawów podmiotowych i przedmiotowych stoją n u d n o ś c i, pobudzenia do wymiotów i w y m i o t y, które są zawsze następstwem podrażnienia ośrodka wymiotnego w rdzeniu przedłużonym, i to albo bezpośredniego przez sam nowotwór, alboteż pośredniego, t. j. na drodze wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Objawy te z tego powodu wchodzą jeszcze w zakres objawów podmiotowych, ponieważ niezawsze można je stwierdzić badaniem przedmiotowem, a mianowicie wówczas nie, gdy u chorego przez cały czas jego choroby nie było ani razu wymiotów, a natomiast tylko nudności i pobudzenia do zrzucania pokarmów. To też nie należy przy zbieraniu wywiadów ograniczać się tylko do pytań w kierunku wymiotów, ale należy się dowiadywać i o pobudzenia do wymiotów. W przypadkach bowiem, w których tego rodzaju pobudzenia do wymiotów niezbyt często się pojawiają i niebardzo dokuczają chorym, chorzy ci wcale o nich nie wspominają, uważając je za objaw, nie mający dla ich choroby większego znaczenia.

Nudności, jak i pobudzenia do wymiotów, są zwykle niezależne od rodzaju i ilości spożywanych pokarmów, ani też od pory dnia, w której je chorzy spożyli. Stosunkowo najczęściej jeszcze pojawiają się one rano, a nadto towarzyszą czasem napadom zawrotów i bólów głowy.

Co do wymiotów, które są tylko dalszym niejako okresem tego samego objawu, to mają one jako objaw, typowo już przedmiotowy, nierównie większe znaczenie od tamtych. Wymioty, jak zresztą i same nudności, nie są objawami, któreby stale towarzyszyły nowotworom mózgu, t. j. pojawiały się w każdym przypadku tej choroby. Bardzo wiele bowiem przypadków przebiega bez jakichkolwiek dolegliwości ze strony żołądka, i to te przedewszystkiem, w których przy łagodnej przyrodzie guza i powolnym jego wzroście bardzo powoli zmniejsza się pojemność jamy czaszkowej i te, w których nowotwór nie rozwija się w bezpośredniem sąsiedztwie ośrodka wymiotnego. W innych przypadkach występują wymioty tak rzadko, że chorzy nie przywiązują do nich większej wagi, a dla lekarza nabywają one jedynie tylko z tego powodu wielkiego znaczenia, że pojawiają się dopiero od pewnego czasu u chorego, który nigdy dawniej na żołądek nie chorował i który nawet obecnie poza temi nudnościami i wymiotami niema żadnych

objawów choroby żołądka, a także i dlatego, że objaw ten wystąpił równocześnie z innymi ogólnymi objawami, jak bólami głowy, zawrotami, osłabieniem wzroku i t. d.

Zdarzają się jednak i takie przypadki, w których przebiegu wymioty wysuwają się jako objaw ogólny na pierwszy plan całego obrazu chorobowego, tak pod względem częstości pojawiania się, jak i pod względem nasilenia.

Najczęstsze są jednak takie przypadki nowotworów mózgu, w których przebiegu wymioty pojawiają się co pewien czas, np. w odstępach kilkodniowych lub częściej, i to znowu zwykle jako objaw, który towarzyszy bólom głowy, zawrotom lub zmianom w położeniu chorego, i te, w których dowiadujemy się, że wymioty występowały przez pewien krótszy lub dłuższy okres czasu, ale potem znikły na zawsze.

I wymioty, podobnie zresztą jak nudności i pobudzenia do nich, są niezależne od pory dnia, ilości spożytych pokarmów, ani też wreszcie i od ich jakości. Na czczo wymiotuje chory tylko śluzem lub żółcią, poza tem zwykle pokarmami. Niezawsze towarzyszą wymiotom nudności i zrywania, częściej przychodzą one nagle bez wszelkich objawów wstępnych. Charakterystycznemi cechami wymiotów w przebiegu nowotworów mózgu jest, jak wspomniałem, brak wszelkich objawów żołądkowych, jakie się spotyka w innych przypadkach wymiotów, a zatem brak odbijań, zgagi, wzmożonego pragnienia, obłożonego języka i zachowanie dobrego apetytu, który w przebiegu nowotworów mózgu bardzo często pojawia się nawet bezpośrednio po wymiotach.

Obok bólów głowy, jako najważniejszego i najczęstszego objawu między objawami ogólnymi podmiotowymi, postawić należy zmiany w zakresie nerwów wzrokowych, jako najczęstsze i najważniejsze w grupie objawów przedmiotowych, a to dlatego, że one bardzo często w przypadkach wątpliwych rozstrzygają odrazu o organicznej przyrodzie całego cierpienia. A mam tu na myśli z a p a l e n i a n e r w ó w w z r o k o w y c h, względnie tak zwaną t a r c z ę z a s t o i n o w ą.

Nie będę tu wchodzić w szczegóły obrazu, jaki się nam przedstawia w jednym, względnie drugim przypadku na dnie oka przy wziernikowaniu. Zaznaczę tylko, że spotykamy niejednokrotnie przypadki takie, które pod względem obrazu wziernikowego stoją na granicy zapalenia i zastoiny, a to dlatego, że zapalenie nerwów wzrokowych jest bardzo często wczesnym tylko okresem rozwijającej się tarczy zastoinowej. W każdym razie ma daleko ważniejsze znaczenie dla rozpoznania nowotworu mózgu tarcza zastoinowa, aniżeli zapalenie nerwów wzrokowych. Pojawia się ona, jeśli uwzględnić różne statystyki, w odsetce, wynoszącej średnio 80 – 90%. Zapalenie zaś nerwów wzrokowych spotykamy w daleko mniejszej odsetce, a to dlatego właśnie, że przechodzi ono bardzo często stosunkowo szybko w tarczę zastoinową.

Ponieważ zmiany na dnie oka, które przedstawiają się jako zapalenie nerwów wzrokowych, a są następstwem wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, nie należą do właściwych zapaleń nerwów wzrokowych, lecz mają w olbrzymiej większości przypadków tę samą genezę, co i tarcza zastoinowa, przeto Bruns dla uproszczenia proponuje odrzucić zupełnie w przypadkach guzów mózgu, nazwę »zapalenie nerwów wzrokowych« dla zmian na dnie oka, a mówić jedynie o tarczy zastoinowej z obrzękiem lub bez niego.

To jednak nie wydaje mi się słusznem. Ponieważ bowiem zapalenie nerwów wzrokowych na tle nowotworów mózgu nie różni się w większości przypadków w obrazie wziernikowym niczem od zapalenia tychże nerwów z najrozmaitszych innych przyczyn, przeto o tem, czy mamy w danym przypadku mówić o zapaleniu, czy też o tarczy zastoinowej bez obrzęku, jak sobie tego życzy Bruns, możnaby dopiero rozstrzygnąć »ex post«, t. j. po uczynieniu właściwego rozpoznania. Dopókibyśmy zaś nie mieli rozpoznania, dopóty nie wiedzielibyśmy, jakiej użyć nazwy dla określenia tych zmian.

W zasadzie więc chodziłoby tylko o tę nazwę, dla rozpoznania zaś nie miałoby to na razie większego znaczenia, i to przynajmniej dopóty, ażby się nie znalazły w obrazie wziernikowym takie kryterya, któreby pozwalały rozstrzygnąć, czy dane zapalenie jest następstwem ucisku, czy też wywołane przez czynniki, jakie zwykle wywołują zapalenie w obrębie nerwów wzrokowych.

Szybkość, z jaką się te zmiany rozwijają na dnie oka, bywa bardzo różną i zależy w pierwszym rzędzie od wielkości i miejsca usadowienia nowotworu. Tak np. wiadomą jest rzeczą, że przy usadowieniu guzów w tylnej jamie czaszkowej, szczególnie szybko pojawiają się zmiany w obrębie nerwów wzrokowych.

O tej różnej szybkości, z jaką nawet bardzo znaczne zmiany na dnie oczu wytworzyć się mogą w ciągu bardzo krótkiego czasu, bo nieraz i dnia jednego, pamiętać należy z tego powodu, ażeby nie zaniedbywać częstego badania chorych w tym właśnie kierunku. Ustawiczna kontrola dna oczu, t. j. zachowywania się nerwów wzrokowych w przypadkach podejrzanych co do nowotworów mózgu, powinna należeć do reguły.

Toteż w każdym podobnym przypadku nie powinien się lekarz ograniczać do jednorazowego wziernikowania i zadowolnić tem, że nawet specyalista chorób oczu doniósł mu, iż stosunki na dnie oka uważa za zupełnie prawidłowe. Zmiana bowiem nastąpić może każdej chwili i miejsce stosunków prawidłowych mogą zająć bardzo poważne zmiany chorobowe. Nie wystarczają tu też zapewnienia chorego, że ma wzrok zupełnie dobry, że widzi, jak przedtem, ani też ujemny wynik badania bystrości wzroku, gdyż osłabienie wzroku nie musi bynajmniej iść w parze ze wspomnianemi zmianami na dnie oka.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia dróg moczowych.

H a r t m a n n. **Ujście moczowodu poza obrębem pęcherza.** (Zeitschr. f. gyn. Urologie. T. IV. Z. 2). 45-letnia kobieta cierpi od urodzenia na mimowolne moczenie; stan ten pogorszył się po ostatnim porodzie, który się odbył przed 25 laty. Badanie stwierdziło dodatkowe ujście lewego moczowodu w przedsionku, obok ujścia cewki. Operacyjnie przez pochwę udało się moczowód na pewnej przestrzeni uruchomić, a następnie wszczepić do bocznej ściany pęche-

rza. Gojenie przebiegało pomyślnie i po kilku tygodniach kobieta ta opuściła klinikę wyleczona. Rozpoznanie ułatwia bardzo, śródmięśniowe wstrzyknięcie indygokarminu, gdyż zauważyć wtedy można wydzielanie się zabarwionego moczu z ujścia moczowodu. Leczenie jest wyłącznie chirurgiczne; należy moczowód wyosobnić i wszczepić go w ścianę pęcherza, co wykonać można wewnątrzotrzewnie, zewnątrzotrzewnie lub przez pochwę. Pisarski.

R. Picker. **Przypadek kiły pęcherza moczowego.** (Zeitschr. f. Urolog. T VII. Z. 3). Przypadek autora jest 22 z rzędu przypadkiem kiły pęcherza moczowego. rozpoznanej przy pomocy cystoskopu. Obraz cystoskopowy przedstawiał się następująco: Na tylnym brzegu trójkąta Lieutauda, którego błona śluzowa przedstawiała się prawidłowo, po wewnętrznej stronie ujścia prawego moczowodu znajdowała się wyniosłość wielkości korony, otoczona obwódką sino-czerwoną, przechodzącą powoli w prawidłową błonę śluzową. Powierzchnia tej wyniosłości była barwy żółto-czerwonej, a brzegi jej posiadały wręby, dzielące go na 5 odcinków. Srodek wyniosłości był zagłębiony i pokryty białym strupem, zresztą błona śluzowa pęcherza wyglądała prawidłowo. W pierwszej chwili autor nie rozpoznał kilaka, lecz uważał to za miejscowe zmiany zapalne, dopiero kiedy leczenie przeciwzapalne pogorszyło sprawę, a pod wpływem jodu zmiany znikały szybko, rozpoznał autor kilaka pęcherza. Pisarski.

Haim. **W sprawie schorzeń pęcherza w przebiegu zapaleń przydatków.** (Zeitschr. f. gynäk. Urologie. T. 4. Nr 2). Autor opisuje dwa przypadki ropienia w przydatkach macicy, w których przebiegu przyszło do zapalenia pęcherza. Jeden z tych przypadków zakończył się śmiercią z powodu zapalenia otrzewnej, drugi wyzdrowieniem po dokonanym zabiegu. Od chwili operacyi zaczęła się w pęcherzu stała poprawa. Z powodu możliwości tego powikłania, które może wywołać znaczne uszkodzenie pęcherza, przestrzega autor przed zbyt daleko posuniętem leczeniem zachowawczem zapaleń przydatków. Pisarski.

Teschemacher. **O pneumaturyi i pozornem znikaniu cukromoczu przy zapaleniu pęcherza moczowego u chorych na cukrzycę.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 3). Sprawy fermentacyjne w pęcherzu mogą prowadzić do nagromadzenia się gazów; przy zwykłym nieżycie pęcherza rozwija się czasem fermentacya amoniakalna; sprawa ta jednak na ogół jest rzadką. U chorych na cukrzycę istnieją wyjątkowo korzystne warunki do powstania pneumaturyi, jeżeli przy zakażeniu pęcherza rozwinie się fermentacya alkoholowa. Przypadki takie są bardzo rzadkie, a badanie gazów z takiego pęcherza stwierdza zwykle obecność bezwodnika kw. węglowego, tlenu, wodoru, a czasami azotu. Autor na 2000 chorych na cukrzycę, których leczył, spotkał się tylko z jednym takim przypadkiem. Chory ten miewał stale 1·2% cukru w moczu; przy pogorszeniu się nieżytu pęcherza odsetek cukru w moczu spadał do 0·35%, przy poprawie nieżytu wracał do dawnej wysokości. W przypadkach takich może nawet cukier całkiem zniknąć. Pisarski.

Kielleuthner. **O wartości operacyi śródpęcherzowych.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 18). Operacye śródpęcherzowe znajdują obecnie coraz to szersze zastosowanie, głównie przy kamieniach, ciałach obcych i nowotworach. Dzięki cystoskopii kontrolować możemy przy operacyi ciągle stan pęcherza. Z tego też powodu np. kruszenie kamieni odbywa się obecnie tak dokładnie, jakbyśmy w pęcherzu działali wprost ręką. Rzadko spotyka się kamienie zbyt duże lub zbyt twarde do kruszenia, a jedynie nie można tego sposobu zastosować, gdy kamień leży w uchyłku, lub gdy jądrem kamienia jest ostre ciało obce, np. szpilka, dalej gdy pęcherz ma mniejszą pojemność, niż 100 cm³ i gdy w cewce są zwężenia. Przy ostrych ropieniach narządu moczowego również unikamy kruszenia. Ciało obce udaje się nieraz doskonale usunąć śródpęcherzowo. Jeżeli jest inkrustowane, wtedy można te inkrustacye kruszyć, gdy jądro jest ciałem nie ostrem, w przeciwnym razie trzeba otworzyć pęcherz. Również śródpęcherzowe operacye nowotworów łagodnych wykonuje się obecnie ze znakomitym skutkiem. Niezawsze jednak udaje się ocenić, czy dany nowotwór jest łagodnym, bo i przy badaniu kawałków wyciętych trafić można na części niezwyrodniałe złośliwie. Nitze i Casper twierdzą jednak, że operacye śródpęcherzowe dają i wtedy lepsze wyniki co do nawrotu, niż operacye z cięcia nadłonowego(?). Co do wielkości nowotworu, to do operacyi śródpęcherzowych nadają się nie większe, niż orzech włoski, chyba że są usadowione na szypule. Także siedlisko guza jest ważne, bo gdy guz jest usadowiony na granicy cewki, to trudno go nie uchwycić. W ostatnich czasach niszczy się nowotwory prądami o wysokiem napięciu (Oudin), zwłaszcza gdy są mnogie. K.

Kolischer. **O operacyi kamieni nerkowych.** (Niem. Tow. lek. Chicago XII. 1912). W rozpoznawaniu kamieni nerkowych nieocenione usługi oddają promienie Röntgena, bo nieraz wykrywają także dodatkowe kamyki, którebу przy operacyi łatwo można było przeoczyć. (Badać należy tylko klisze, a nie opierać rozpoznania na odbitce fotograficznej, bo doprowadzić to może do błędnych wniosków). Z drugiej jednak strony nie można opierać się wyłącznie tylko na rozpoznaniu z radyogramu bez badania dokładnego, zwłaszcza bez cewnikowania moczowodu. Przy kamykach nerkowych radzi K. unikać nacięcia nerki, a tylko nacinać miedniczkę. Do krwotoków następowych usposabia długie sączkowanie drenami lub tamponada.

Miedniczkę należy nacinać w kierunku jej przebiegu, a nie łukowo. Ubytki pokrywać można torebką nerkową. Nawet z kieliszków nerkowych udaje się zwykle tą drogą usuwać kamyki. Wdzięczną operacyą jest usuwanie kamyka wprost z moczowodu. Badanie przy pomocy wstrzykiwania kollargolu trzeba wykonywać bardzo ostrożnie, bo gdy wstrzykuje się zbyt silnie, to może to bardzo choremu zaszkodzić. K. jest przeciwny zalecanemu przez Schwedena tępemu dostawaniu się do nerki przez mięśnie.

Przy kamykach, nie dających żadnych objawów klinicznych, choćby wyraźnie widocznych w radyogramie, K. nie operuje. K.

Strauss. **O rokowaniu w zapaleniu nerek.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 4). Od szeregu lat wykonywane doświadczenia autora dowiodły, że duże nagromadzenie się azotu we krwi u chorych na zapalenie nerek, jest »signum mali ominis«. Oznaczenie azotu we krwi nie jest równoznaczne z kryoskopią krwi. Autor wypracował metodę, przy której używa się nie więcej, niż 20 cm³ krwi. Przy występowaniu bardzo wysokich wartości, (150 mg azotu w 150 cm³ surowicy), jest rokowanie wogóle niepomyślne, a tacy chorzy giną w przeciągu kilku miesięcy. Przy 75—100 mg. azotu jest rokowanie wątpliwe. Całkiem małe ilości azotu, zawartego we krwi, nie wyłączają wystąpienia mocznicy. Metoda autora nadaje się szczególnie do przewlekłych przypadków zapalenia nerek. Pisarski.

Ebeler. **Zwalczanie zatrzymania moczu przy pomocy pituitryny.** (Zeitschr. f. gynäk. Urologie T. 4. Z. 2). Materyał autora obejmuje 45 kobiet, u których zatrzymanie moczu wystąpiło po porodzie lub też po różnych zabiegach położniczych i ginekologicznych. We wszystkich przypadkach zawiodły wszystkie inne znane sposoby. Doświadczenie autora pouczyło, że wśródmięśniowe wstrzykiwania pituitryny działają najszybciej. Najszybciej działa takie wstrzyknięcie, jeżeli pęcherz jest silnie wypełniony; już w kilka minut pojawia się ciągnący ból w dolnej części brzucha, który przechodzi w uczucie parcia na mocz i chore opróżniają pęcherz, poczem ból ten ustępuje. Już mniej wybitnie oddziaływa pęcherz miernie wypełniony, ale i w takich przypadkach pojawia się parcie po ¼ godziny i następuje opróżnienie pęcherza. Zupełnie nie było działania na opróżniony pęcherz. Z tego to powodu wy-

czekiwał autor 16—36 godzin, aż pęcherz się wypełnił i dopiero wtedy wstrzykiwał pituitrynę. Czas, jaki upływa od wstrzyknięcia do oddania moczu, waha się od 10 minut do paru godzin — zależnie od stanu wypełnienia pęcherza. Działanie pituitryny na pęcherz utrzymuje się wedle doświadczenia autora kilka do 12 godzin i rzadko kiedy potrzeba się uciekać do drugiego wstrzyknięcia. Parcie na mocz stwierdzał autor przez kilkanaście godzin i chore takie zazwyczaj co 2 godziny oddawały mocz. Pęcherz opróżniał się zawsze całkowicie, co autor przez opukiwanie stwierdzał. Ponieważ pituitryna objawia swoje działanie najszybciej na pęcherzu wypełnionym, a w przypadkach, gdzie wskutek operacyi ginekologicznych pęcherz został uszkodzony, nie należy dopuszczać do bardzo silnego rozdęcia pęcherza, więc przypadki takie wyłączył autor z szeregu swoich doświadczeń. Działanie podniecające na skurcze mięśnia pęcherzowego tłumaczy autor bezpośredniem działaniem pituitryny na układ nerwowy pęcherza i wzmożeniem stopy moczenia. Uważa on pituitrynę za lek pewny, jeżeli się ją stosuje przy silnie wypełnionym pęcherzu.

Pisarski.

Laryngologia i otyatrya.

Fröschels: **O niemocie u dzieci słyszących** (Hörstummheit). (Wykład w Towarzystwie dla terapii fizycznej w grudniu 1912). Już krzyk oseska zdaje się mieć pewne znaczenie dla późniejszego rozwoju mowy, a krzywa, otrzymana zapomocą kimografionu u krzyczącego dziecka, jest bardzo podobna do krzywej, zdjętej u mówiącego dorosłego. Także krtań zdaje się przygotowywać do przyszłej czynności już przy krzyku u dziecka, przy którym więzadła głosowe mają podobne ułożenie, jak przy wymowie samogłosek. Później w 3. lub 4. miesiącu dziecko, bełkocąc, wydaje dźwięki, mające wielkie podobieństwo do naszych spółgłosek. Wszystkie te ruchy zostawiają wrażenie kinestetyczne w mózgu dziecka, ułatwiające późniejszy rozwój mowy. W 9. miesiącu zaczyna się nowy okres, w którym dziecko rozpoczyna naśladować mowę otoczenia. Przy tem naśladowaniu główną rolę odgrywają słuch i wzrok. U dzieci ślepo urodzonych mowa rozwija się wolniej, dzieci głuche pozostają nieme, Poznawanie szmerów i tonów odbywa się zapomocą ośrodka akustycznego, Wernickego. Naśladowanie wymaga sprawności tego ośrodka, ośrodka Broca i dróg między nimi. Zrozumienie mowy ma siedzibę w ośrodku pozakorowym, mieszczącym się na całej powierzchni mózgu. Od ośrodka Broca, t. j. ośrodka ruchowego dla mowy, idą drogi do sfery ruchowej w przednim zakręcie ośrodkowym i stąd na obwód przez torebkę wewnętrzną do jąder komórki IV, do nn. mózgowych i przez nie do krtani i do ust.

Otóż na tej drodze od ucha do ośrodków słuchu i mowy aż do obwodowych narządów mowy mogą zdarzać się różne choroby, jako przyczyny różnych postaci niemoty. Choroby narządu usznego lub n. słuchowego, wywołując wczesną głuchotę, bywają przyczyną głuchoniemoty, gdyż takie dziecko, nie mogąc naśladować głosu, musi stać się także niemem. Ośrodek słuchowy może znajdować się w stanie otrętwienia, z czego wynika obraz głuchoniemoty pozornej. Jestto rodzaj głuchoniemoty duchowej (Seelentaubheit). Stan ten odróżnia się utrzymaniem wrażliwości na łechtanie w uchu zewnętrznem, natomiast u prawdziwie głuchoniemych wrażliwości tej brak, jak to autor wykazał. Przy leczeniu takiego stanu chodzi o używanie przyrządu, zapomocą którego można obudzić uwagę akustyczną dziecka. Do tego nadają się małe, delikatnie dźwięczące dzwonki, zapomocą których udaje się przez ćwiczenie pobudzić ośrodek słuchowy do prawidłowej czynności.

Niesprawność ośrodka Wernickego należy przypuścić u dzieci, które obok wyraźnych objawów prawidłowego słuchu nie słyszą mowy i nie mówią. Zwykle można u takich dzieci stwierdzić wzmożoną pobudliwość innego zmysłu, jakby »przerosłego«. Już między ludźmi prawidłowymi znajdują się tacy, którzy mówią przy pomocy pamięci wzrokowej, mając obraz drukowanego słowa przy mówieniu przed oczami — »wzrokowcy«, inni którzy mówią przy pomocy słuchu, słysząc przy mówieniu brzmienie słowa w uchu — »słuchowcy«, nareszcie tacy, którzy mówią przy pomocy wrażeń kinestetycznych. Tu należą ludzie, poruszający wargi przy czytaniu. U niemych słyszących typy te są chorobowo wybitne. Takie dziecko albo nie może oderwać się od pokazanego mu obrazu, albo obmacuje wszystko, mimo że dobrze widzi i t. p. Tu należy odszukać zmysł przeważający i zapomocą niego rozbudzić rozwój mowy. Np. dziecku typu wzrokowego pokazuje się proste, wielkie obrazy przedmiotów i wymawia się przytem głośno i wyraźnie nazwy tych przedmiotów. W ten sposób cierpliwie postępując, udaje się doprowadzić do tego, że dziecko takie łączy wrażenie akustyczne z wrażeniem optycznem. U dziecka typu dotykowego należy się starać, by ono czuło ruchy naszych ust i wstrząśnienia powietrza podczas mówienia, które cechują poszczególne dźwięki, tak samo wyraźnie prawie, jak wynik akustyczny, do którego wiodą.

Inny rodzaj niemoty przy nienaruszonym słuchu stanowi niemota u dzieci, które wszystko słyszą i powtarzają, a nic nie rozumieją, stan, zwany »echolalią«. Skoro dziecko takie powtarza słyszane wyrazy, to jest rzeczą jasną, że słuch, ośrodki: słuchowy, Wernickego i Broca, jakoteż połączenia między nimi i drogi ruchowe są sprawne. Natomiast droga między ośrodkiem Wernickego, a ośrodkiem pozakorowym nie jest czynna (drożna), przez co dziecko nie jest zdolne łączyć wyrazu z pojęciem. Jestto rodzaj wrodzonej słabości pamięci dla nazwisk. Przez ćwiczenie takiego dziecka zapomocą pokazywania mu obrazów i równoczesnego częstego wymawiania ich nazw, można pamięć tę rozwijać i przewodzenie w szlakach niedrożnych utorować.

Wszystkie dotychczas omówione formy niemoty ze słyszeniem nazywają się »niemotą słyszącą czuciową« (sensorische Hörstummheit) i cechują się niemotą i brakiem zrozumienia mowy. Są jednak dzieci, które dobrze mowę nietylko słyszą, ale też rozumieją, a jednak same nie mówią. Postać taka nazywa się »niemotą słyszącą ruchową« (motorische Hörstummheit). Tu przyczyna choroby leży albo w zakresie połączenia między ośrodkiem Wernickego, a ośrodkiem Broca, albo w ośrodku Broca — forma korowa, albo też niżej w torebce wewnętrznej — porażenie opuszkowe wrzekome, albo nareszcie w nerwach obwodowych lub w narządach mowy — forma podkorowa. Formy korowe cechują się brakiem obwodowych zmian chorobowych. I tu leczenie posługuje się wzrokiem i dotykiem przez pokazywanie dziecku ustawienia ust przy wymowie pojedynczych dźwięków i dając mu równocześnie uczuć wstrząśnienie powietrza, powstające przy mowie. Obraz dźwiękowy dla wyrazów u takich dzieci nie jest zdolny pobudzić ośrodka Broca, można natomiast to osiągnąć drogą wzrokowo-dotykową, jaką odbywa się także nauczanie mowy u głuchoniemych.

Czasem przyczyną takiej niemoty jest wstręt do mowy. Tu należy próbować metod psychologicznych dla zwalczenia tego wstrętu. W niemocie postaci porażenia opuszkowego wrzekomego należy starać się wyrobić mowę zapomocą ćwiczeń gimnastycznych mięśni mowy. Z chorób narządów obwodowych, będących przyczyną niemoty, znane jest oddawna rozszczepienie podniebienia.

Nareszcie istnieją formy czuciowo-ruchowe, t. j. niemota ze zmniejszonem zrozumieniem mowy.

Co do przyczyny tych form niemoty, to dokładna statystyka, przeprowadzona na klinice Urbantschitscha, wykazała, że w przypadkach ruchowych znajduje się w wywiadach bardzo często krzywica i ciężkie choroby narządu oddechowego, gdy u niemych słyszących czuciowych często drgawki i spóźniony rozwój mowy u przodków. Spira.

Pfeiffer. **Neosalwarsan w leczeniu miejscowem.** (Archiv Frankla. Tom 27, str. 337). Wybitny wpływ salwarsanu względnie neosalwarsanu na wszystkie krętki wogóle, naprowadził na myśl zewnętrznego stosowania roztworu neosalwarsanu. W tym celu zaleca się rozczyn neosalwarsanu 2—3%, sporządzony zawsze świeżo z wodą, dla leczenia miejscowego tak zwanej »angina Vincenti«, dalej tak drugorzędnych, jak i pierwotnej zmiany kiłowej na błonie śluzowej, a nawet przy owrzodzeniach okresu trzeciego. Wreszcie zastosował Pf. leczenie miejscowe rozczynem neosalwarsanu w t. zw. »pyorrhoea alveolaris« i tu otrzymał również bardzo zachęcające wyniki. A. B.

Beck i Crowe. **Przyczynek do rozpoznawania zakrzepu zatoki.** (Monats. f. Ohrenh. 1912, str. 1549). Prawidłowo połączenie pomiędzy obiema wewnętrznemi żyłami jarzmowemi jest tak wydatne, iż zaciśnięcie jednej żyły nie wywołuje utrudnienia krążenia w żyłach na dnie oka. Gdy jednak obie żyły zostaną równocześnie ugniecione, to wkrótce zauważa się rozszerzenie żył siatkówkowych; jeżeli teraz ucisk po jednej stronie ustanie, to znów wyrównywa się krążenie i żyły, poprzednio rozszerzone, wracają do prawidłowej szerokości. Objaw ten zalecają autorowie zużytkować do rozpoznawania zakrzepu w zatoce, gdyż już lekki ucisk na zdrową żyłę jarzmową wywoła wyraźne nabrzmienie żył na dnie oka. Jedynie zawieść może ta próba przy jakiejś nieprawidłowości w krążeniu śródczaszkowem, albo przy zmianach chorobowych, które upośledzają odpływ krwi z mózgu. A. B.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie dnia 2. czerwca 1913 r.

Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. W. Lampego i p. J. Miłobędzkiej p. t. **Studya nad kurkuminą.** Przed trzema laty p. Miłobędzka, ś. p. prof. Stan. Kostanecki oraz Dr W. Lampe zaproponowali dla kurkuminy wzór, według którego naturalny ten barwnik byłby pochodną dwucynamoylometanu. Synteza tego ostatniego związku, stanowiąca główną treść przedstawionej obecnie pracy, jest jednem z ważnych ogniw, które może posłużyć do udowodnienia budowy kurkuminy. Posługując się opracowaną metodą syntetyczną, możliwe jest obecnie zbudowanie związku o wzorze, zaproponowanym dla barwika. Usiłowania, zdążające do osiągnięcia tego ostatecznego celu, zostały już podjęte.

(Treść kilkunastu innych prac, przedstawionych na posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lek.«)

Posiedzenia naukowe lekarzy Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

VII. Posiedzenie z dnia 11. IV. 1913

Przewodniczy prof. Dr Dobrowolski. Obecnych 31.

1) Kol. Kostecki wygłosił referat: **Gruźlica u dzieci.** W dyskusyi przemawiał kol. Blay i referent.

2) Kol. Schröder przedstawił: a) przypadek **białaczki,** nie ustępującej pod wpływem leczenia benzolem i b) przypadek **niedokrwistości złośliwej** na tle kiły. Przemawiali koledzy: Walter, Rudzik, Tempka i Schröder.

3) Kol. Sikorski przedstawił przypadek **przewlekłego wgłobienia jelita.** Przypadek objaśnia prof. Rutkowski.

4) Kol. Tempka przedstawia jajowód wraz z zawartym w nim płodem, pochodzący z przypadku **ciąży zewnątrzmacicznej** i **ropniaka jajowodu,** uzyskanego na drodze operacyjnej.

5) Prymaryusz Dr Witaliński przedstawia przypadek **tęczówki torbieli.**

6) Kol. Walter przedstawiła a) przypadki **tocznia** (lupus vulgaris), leczone zapomocą wstrzykiwań »aurumkalium cyanatum«. W dyskusyi przemawiali prymaryusz Dr Borzęcki i Prof. Rutkowski, który stosował ten przetwór z wynikiem ujemnym w gruźlicy kości, stawów i narządu moczowego. b) Następnie przedstawia kol. Walter **wrzody miękkie** na wargach dużych i **na ścianie pochwy.**

VIII. posiedzenie z dnia 2. V. 1913.

Przewodniczy Dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 31.

1) Kol. Tempka wygłosił referat: **Ciała promieniotwórcze na usługach medycyny** (p. »Przegląd lekarski« 1913 Nr 23).

2) Kol. Walter przedstawia: a) **granulosis rubra nasi,** b) **sarcoma idiopathicum multiplex** (Caposi) Jadasson. W dyskusyi przemawiali Dr Pisarski i prym. Borzęcki.

3) Kol. Bobak przedstawia przypadek **moczówki prostej** u młodego chłopca i przypadek **rwy kulszowej,** leczonej zapomocą adrenaliny. W dyskusyi zabierali głos prym. Borzęcki, prof. Rutkowski i Pisarski.

4) Kol. Pisarski przedstawia przypadek **ciała obcego w cewce moczowej** u 40-letniego mężczyzny. Chory ten wprowadził sobie w celu masturbacyi kłos tymotki do cewki moczowej. Kłos znajdował się w tylnej części cewki; pomimo jego obecności zdołano zupełnie bez trudności wykonać cystoskopię. Ponieważ wydobycie tego ciała obcego przez cewkę drogą naturalną było niemożliwe, wykonano uretrotomię zewnętrzną. W dyskusyi przemawiał Dr Krzyszkowski.

XI. posiedzenie z d. 30. V. 1913.

Przewodniczy Dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 30.

1) Kol. Tempka wygłosił II część referatu: **Ciała promieniotwórcze na usługach medycyny.** W dyskusyi przemawiał prof. Rutkowski.

2) Kol. Glatzel wygłosił I część referatu: **Najnowsze sposoby rozpoznawania raka.**

3) Kol. Walter przedstawił przypadki: a) kiły dziedzicznej, b) 2 przypadki kilaków, leczone neosalwarsanem. W dyskusyi zabrał głos prof. Rutkowski.

4) Kol. Pisarski przedstawia przypadki z ambulatoryum urologicznego:

a) **Enuresis nocturna** u 7-letniego chłopca, leczona stosowaniem prądu faradycznego, z pomyślnym wynikiem.

b) Przypadek **feminizmu** u 21-letniego chłopca. Budowa kośćca i rozmieszczenie podściółki tłuszczowej takie, jak u kobiety; zupełny brak owłosienia na twarzy, pod pachami i na wzgórku łonowym. Prącie małe, jak u $1^{1}/_{2}$ rocznego chłopca, zupełny brak jąder. Badanie przez odbytnicę stwierdza także brak gruczołu krokowego. Brak popędu płciowego.

c) **Cystitis colli vesicae proliferans v. vegetativa,** 2 przypadki, w których ambulatoryjnie przyżegnięto w cystoskopie operacyjnym wyrośle polipowate, na zwieraczu się znajdujące. W obu przypadkach znaczna poprawa.

W dyskusyi przemawiali kol. Blay, Kostecki, Krzyszkowski.

5) Prof. Rutkowski przedstawia:

a) Przypadek **urazowego zwężenia cewki** w części błoniastej, w którym zastosował podaną przez Lexera metodę **przeszczepienia wyrostka robaczkowego** na miejsce wyciętej blizny w cewce. Zbliznowaciała cewka została wycięta na przestrzeni paru centymetrów; wyrostek robaczkowy u tego samego osobnika wycięto, a przedtem wypreparowano z otrzewnej, tak że przeszczepiono tylko błonę

śluzową i mięsną. Dla stworzenia lepszych warunków gojenia się założono przetokę nadłonową. Gojenie się postępowało dobrze. Po 5 tygodniach zarosła przetoka nadłonowa, a przez cewkę daje się z łatwością wprowadzić gruby cewnik metalowy.

2) Przypadek **wrodzonego wynicowania pęcherza** u 27-letniego mężczyzny, jeszcze nie operowany.

Sekretarka: Dr A. Markowa.

Towarzystwo lekarskie warszawskie

Posiedzenie kliniczne z dnia 15. IV. 1913.

1) T. Jaroszyński. **Rola wzruszenia w patologii.** Prelegent określa wzruszenie jako odczyn ustroju na nagłe zdarzenie, niespodziane dla osobnika, podczas którego powstaje krótkotrwałe zaburzenie równowagi strony fizycznej i psychicznej ustroju. Odczyn wzruszeniowy zależy w wysokim stopniu od rodzaju wzruszenia, oraz od indywidualnych właściwości osobnika; w każdym razie spostrzegamy tutaj różnorodne zaburzenia czynności ustrojowych. Pod wpływem wzruszenia ulega zmianie działalność narządów krążenia, mianowicie powstaje to przyspieszenie, to zwolnienie bicia serca (podmiotowo odczuwane jako »kołatanie, zamieranie w okolicy serca«); osłabienie czynności serca dochodzi niekiedy do zapadu (omdlenie), w innych znowu przypadkach ciśnienie krwi znacznie się wzmaga; powstaje również szereg objawów naczynioruchowych — bądź rozszerzenie, bądź zwężenie naczyń krwionośnych (rumieniec, bladość, t. zw. »uderzenie gorąca do głowy« i t. p.). Pod wpływem wzruszenia zmienia się również oddech (przyspieszenie lub zwolnienie), występują kurcze przepony brzusznej (stąd wzdychanie, ziewanie, czkawka nerwowa po przestrachu). W dziedzinie narządów trawienia wzruszenia wywołują utratę lub wzmożenie łaknienia, wymioty, biegunkę lub zaparcie. Mocz odchodzi to w zmniejszonej, to w zwiększonej ilości, czasem występuje »parcie na mocz«, niekiedy osobnik nie może go wcale oddać. Inne skutki wzruszeń są następujące: wzmożenie działalności gruczołów (łzotok, ślinotok, pocenie się, nasieniotok), kurcze mięśni gładkich (mięśni krtani, przełyku, żołądka, kiszek, pęcherza), drżenie mięśni prążkowanych (drżenie kończyn, drżenie mięśni mowy). Wszystkie te zmiany czynności ustrojowych są zależne prawdopodobnie od podrażnienia lub zahamowania układu nerwowego współczulnego. Dalej spostrzeganie kliniczne stwierdza, że pod wpływem wzruszeń powstaje szereg różnorodnych cierpień natury organicznej. Spostrzegane są np.: przerwanie miesiączkowania, ciąży; w miażdżycy tętnic możliwe jest pęknięcie naczynia pod wpływem wzmożonego ciśnienia krwi, co może wywołać nawet śmierć. Rola wzruszeń w powstawaniu samej miażdżycy (wzgl. presklerozy) jest również niewątpliwą. W dziedzinie chorób skórnych powstają obrzęki, przelotne wysypki (pokrzywka); opisane są przypadki łuszczycy po wzruszeniu, nagłego osiwienia, wyłysienia. Powstaje po wzruszeniach szereg chorób umysłowych, jak »splątanie psychiczne«, stany przygnębienia i pomieszania. Nader ważny jest wpływ wzruszeń na powstawanie chorób przemiany materyi (cukrzycy, choroby Basedowa). Wogóle pod wpływem wzruszeń powstaje albo wzmożenie, albo zahamowanie czynności gruczołów z wydzielaniem zewnętrznem, jak również wewnętrznem, wskutek czego powstaje samozatrucie ustroju. Prelegent omówił bliżej znaczenie wzruszeń w powstawaniu nerwic, podkreślając tu rolę wzruszeń ujemnych, przygnębiających. Wzruszenia przykre łączą się z zahamowaniem wszelkich czynności ustrojowych, przyjemne — z wzrostem ich produkcyjności. W histeryi wzruszenia wywołują objawy zewnętrzne pośrednio, przez suggestyę, która jest cechą pochodną, wywołaną przez podświadome urazy wzruszeniowe. W neurastenii wzruszenia przygnębiające wywołują dwa szeregi objawów: fizyczne (odczyny fizyologiczne, samozatrucie, znieczulenia ustrojowe), oraz psychiczne (przygnębienie, niepokój), z których współdziałania powstaje chorobliwa samoobserwacya i hipochondrya. Wreszcie prelegent omówił znaczenie wzruszeń przyjemnych, pobudzających, w leczeniu rozmaitych cierpień, przeważnie nerwic, nie odrzucając potrzeby stosowania środków wewnętrznych i zabiegów fizycznych, które atoli powinny być zalecane pod kątem działania wzruszeń dodatnich, mianowicie nadziei i wiary w wyzdrowienie.

W dyskusyi a) St. Kopczyński podkreśla następujące punkty: 1) Jeżeli pod wzruszeniem rozumieć będziemy zgodnie z Janetem brak przystosowania ustroju do celowego odczynu na bodźce nadzwyczajne i powstałe stąd zakłócenia równowagi fizyologicznej w ustroju, to usposobienie neuropatyczne, na które ma działać owo wzruszenie, aby wywoływać nerwice, właśnie polega na łatwości zakłócenia równowagi fizyologicznej; a więc usposobienie neuropatyczne, a »wzruszeniowość« (l'état emotif) jest jedno i to samo. 2) Cały szereg nerwic t. zw. ruchowych, uważanych dawniej za histeryczne, musimy uważać za przedłużony odczyn wzruszeniowy; odbywa się on poniżej kory mózgowej, w obrębie zwojów szarej istoty opuszki i nerwu błędnego, zwojów automatycznych nerwu współczulnego, nie podlega przeto suggestyi i powinien być leczony nie na tej drodze. 3) Fakty klinicznie niewątpliwe zmuszają nas do przyjęcia, że uraz wywołuje zaburzenia w wydzielaniu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, zapewne przez wpływ nerwu współczulnego, a stąd szereg zaburzeń wtórnych ruchowo-czuciowo-wydzielniczych (np. choroba Basedowa, przypadki wczesnej choroby Parkinsona).

b) T. Łapiński zaznacza, że sprawa powstawania wzruszeń i rola tych wzruszeń w patologii nie jest jeszcze ustalona i nie jest tak prosta, jak to przedstawił prelegent. Również pobieżnie omówił prelegent rolę usposobienia odziedziczonego lub nabytego. Co do miażdżycy, to powstaje ona u jednostek usposobionych, przytem zwykle w grę wchodzi cały szereg czynników (zatrucie, przepracowanie i t. p.); jeśliby wzruszenie rzeczywiście odgrywało rolę wybitną w powstawaniu miażdżycy, to czemu na miażdżycę cierpi względnie tak mało kobiet, które przecież stanowią podatny materyał dla wzruszeń. Ł. nie sądzi, aby samo wzruszenie bez usposobienia mogło być przyczyną psychozy; wogóle nadawanie wzruszeniu wielkiej wagi w powstawaniu chorób umysłowych uważa Ł. za anachronizm. Ł. nie wierzy również w uleczalność histeryi, oraz nie rozumie, dlaczego prelegent zabrania podawać histeryczkom soli bromowych. W leczeniu histeryi, zdaniem Ł., należy przedewszystkiem dążyć do stworzenia u danej osoby takiej idei, któraby dzięki swej mocy trzymała na uwięzi i nie pozwalała wyładowywać się rozmaitym kompleksom szkodliwym.

c) Pawiński zaznacza, że na 1075 przypadków miażdżycy tętnic wieńcowych u mężczyzn w 144 przypadkach (13,3%) spostrzegał jako przyczynę wzruszenia, z tych na same wzruszenia przypada 50 przypadków (4,6%), przypadków zaś, w których oprócz wzruszeń wchodziły w grę inne czynniki szkodliwe (wyskok, nikotyna), było 94 (8,7%). W stwardnieniu innych naczyń wzruszenia odgrywają mniejszą rolę; na 2081 przypadków przyczyną było wzruszenie w 129 przypadkach (61%). U kobiet, na 224 przypadki stwardnienia tętnic wieńcowych, wzruszenia jako przyczynę spostrzegał w 32 przypadkach (14,2%), z tych na czynniki złożone przypada tylko 7 (3,1%), a więc wzruszenia odgrywają jeszcze ważniejszą rolę w etyologii dusznicy bolesnej u kobiet, niż u mężczyzn. W stwardnieniu innych naczyń u kobiet na 943 przypadki wzruszenie było czynnikiem etyologicznym w 76 przypadkach (8%), a więc i w tej dziedzinie czynniki moralne ważniejsze miejsce zajmują u kobiet, niż u mężczyzn.

d) Rychliński zasadniczo różni się z prelegentem w pojmowaniu histeryi i zarzuca mu, że nie określił bliżej

pojęcia usposobienia neuropatycznego; wreszcie mówił R. o psychoterapii.

e) Edward Zieliński podnosi, że suggestyjność stanowi właściwość każdego człowieka, u neuropatów jest ona tylko spotęgowana.

f) Jaroszyński w odpowiedzi zaznacza, że wzruszenie nie może być uważane tylko za przydźwięk uczuciowy spraw poznawczych, lecz jest zgoła odrębną sprawą psychiczną. Usposobienie neuropatyczne oznacza to, co nazywamy »nerwowością«, a co w języku naukowym można oznaczyć, jako »wzruszeniowość«, podatność do wzruszeń. Od suggestyjności zwykłej, właściwej wszystkim prawie ludziom, należy odróżnić suggestyjność patologiczną, którą należy leczyć, i właśnie leczenie histeryi polega na usuwaniu tej suggestyjności patologicznej. Działanie wzruszenia jest nader złożone, podobnie jak innych czynników chorobotwórczych (np. bakteryi). Co do powstawania psychoz po wzruszeniach, to prelegent nie zgadza się z Łapińskim, gdyż na to wskazuje obserwacya codzienna (psychozy więzienne, podczas wojny, po katastrofach).

2) Wojciechowski przedstawił nowy **kolorymetr Helliga,** który określa dokładnie i szybko zawartość ilościową rozmaitych związków chemicznych w rozczynach (moczu, krwi).

3) Świętochowski: **O mikrosfigmografii.** Prelegent przedstawił nowy sposób sfigmografowania, różniący się pod każdym względem od metod dotychczasowych. W przyrządzie prelegenta powierzchnia tętnicy falującej daje tylko wskazówkę, którą podejmuje odpowiednio do wielkości drgania dostosowany mikrofon i przenosi siłą elektryczności na aparat zapisujący. Bezwzględną wyższość tego sposobu prelegent upatruje: 1) w uniknięciu swoistych drgań części samego przyrządu; 2) w umieszczeniu go opodal od chorego; 3) w nadzwyczajnej, dającej się regulować czułości przyrządu; 4) w możności rysowania na stoliku tylko pewnej części fali, zwłaszcza wierzchołków i podstawy, co wskazuje nieraz na nierównomierność co do siły poszczególnych skurczów serca u osób nawet pozornie zdrowych; 5) w wielkiej łatwości stosowania przyrządu.

W dyskusyi a) Pawiński podnosi zalety przyrządu Świętochowskiego. Zwraca uwagę, że dla celów klinicznych naukowych nieodzowne jest kreślenie fal żylnych jednocześnie z falami tętna i uderzeniami serca; z tego powodu byłoby pożądane uzupełnienie przyrządu tak, aby na jednym papierze można było otrzymać jednocześnie sfigmogram, kardyogram i flebogram. — b) Rzętkowski zwraca uwagę, że jeśli receptor mocniej przykręcić do tętnicy, to i w przedstawionym przyrządzie można otrzymać różne wyniki, i wątpi, czy tę wadę wogóle da się usunąć. Zapytuje, czy igła nie za bardzo skacze i przez to nie doprowadza do fałszywych wniosków. Wreszcie R. podnosi niezaprzeczone zalety mikrosfigmografu i rokuje mu wielką przyszłość. — c) Chłapowski (z Poznania) proponuje zmienić nazwę przyrządu na sfigmotelegraf lub elektrosfigmograf. — d) Świętochowski w odpowiedzi wyjaśnia, że otrzymywanie flebogramu wobec nadzwyczajnej czułości przyrządu nie przedstawia żadnej zgoła trudności, a zależy jedynie od odpowiedniego ustawienia. Drążek zapisujący jest zupełnie pozbawiony swoistych drgań, gdyż jest złączony z kolistą błoną, mocno przytwierdzoną, a błona taka drgań owych nie posiada. Dr T. Borzęcki.

Sprostowanie. W sprawozdaniu z posiedzenia Towarzystwa lek. Częstochowskiego na str. 387, szp. I, wiersz 13 od góry, czytaj: »Rzecz drukowana w Nrze 22 i 23 »Gazety lek.« r. 1913«, a wiersz 20 od góry zamiast »gruźlica pozorna« czytaj: »gruźlica poronna«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 25. VI. b. r. posiedzenie, na którem prof. Krzyształowicz, Dr Landau i Rogalski przedstawili chorych. W dyskusyi przemawiali prócz prelegentów prym. Borzęcki, Dr Blassberg, prof. Kader, doc. Mazurkiewicz, Dr Rosenhauch, doc. Seńkowski, Dr Steuermark.

— Ogólne zebranie lekarzy krakowskich, zwołane przez prezydya Izby lekarskiej, Związku lekarzy i Towarzystwa lekarskiego w d. 20. VI. 1913, uchwaliło przy najbliższych wyborach do Sejmu głosować na tych kandydatów, którzy zobowiążą się przy zamierzonej reformie wyborczej sejmowej walczyć o zapewnienie należytej stałej reprezentacyi sanitarnych interesów ludności w Sejmie, a to przez przyznanie obu Izbom lekarskim galicyjskim prawa wyboru po jednym pośle na Sejm.

— »Tygodnik lekarski« (Nr 25) donosi, że utworzenie »Towarzystwa internistów polskich« uchwalone przez I Zjazd internistów polskich odbyty w Krakowie, zbliża się do urzeczywistnienia. Komitet lwowski opracował projekt statutu tego Towarzystwa i regulaminu jego zjazdów, a uzyskawszy zgodę na projekt w rozmaitych ogniskach naukowych polskich, rozpoczął prace przygotowawcze do II Zjazdu internistów polskich. Zjazd ten ma się odbyć we Lwowie w drugiej połowie lipca 1914.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Jan Nakonieczny, rodem z Lublina.

— Zarząd Biblioteki Towarzystwa lekarskiego składa WPanu Dr Janowi Bielawskiemu z Krakowa serdeczne podziękowanie za czasopisma i dzieła bibliotece ofiarowane.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. VI. do 21. VI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 2 † —), krztuśca 10 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 3 † 3 (3 † —), odry 30 † 1, duru brzusznego 3 † 1, czerwonki 1, róży 3 † 2.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo naukowe Warszawskie ogłasza konkurs na urząd asystenta przy pracowni serologicznej, wakujący od 1. lipca r. b. Wymagany jest stopień lekarza lub doktora medycyny. Pensya rb. 80 miesięcznie w pierwszym roku, w następnych rb. 100 miesięcznie. Curriculum vitae, spis prac oraz ich odbitki nadsyłać należy do Towarzystwa naukowego Warszawskiego — Warszawa, Kaliksta 8.

— Warszawskie Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi, założone przed 12 laty przez Dr K. Rychlińskiego, pomieściło w swym Zakładzie w Drewnicy w r. 1912 291 chorych umysłowo przez 71344 dni, a w Sanatoryum dla nerwowych w Karolinie, istniejącem od $1^1/_2$ roku, leczyło 213 osób przez 11533 dni. Budżety obu zakładów zamknęto w r. 1912 deficytem 740 i 2016 rubli. Towarzystwo liczy 288 członków. (Gaz. lek. 24).

— Znakomite dzieło Dr Alfreda Sokołowskiego: »Choroby opłucnej, śródpiersia oraz gruźlica płuc« wyszło w tłomaczeniu rosyjskiem.

— »Medycyna i Kronika lekarska« (Nr 24) pomieściła listę stałych sprawozdawców z polskiego piśmiennictwa lekarskiego do czasopism obcych, zestawioną przez »Przegląd lekarski«. Może za tym przykładem pójdą i inne nasze czasopisma, co byłoby rzeczą pożądaną.

Z różnych stron. Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu ogłasza następujące zawiadomienie: »W roku 1913/4 zostało na Wydziale matematycznym uniwersytetu petersburskiego ustanowione stypendyum ś. p. Jana Ptaszyckiego dla Polaka, oddającego się studyom matematycznym. Stypendyum (400 rs.) będzie wydawane przez ciąg lat kilku na czas studyów w razie pracowitego sprawowania się stypendysty przez Radę Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu. Bliższych informacyi udziela Rada Związku. (Adres: Petersburg, Ognisko polskie, ul. Troickaja, Nr 13. Dla Rady Związku polskiego lek. i przyr. w Petersburgu).

Prosimy inne pisma polskie o łaskawe przedrukowanie niniejszego zawiadomienia.

J. Ziemacki, prezes Związku«.

— Szkic p. t. »Medycyna polska w dobie ostatniej«, ogłoszony w r. z. przez prof. Dr Ciechanowskiego w »Przeglądzie polskim«, wyszedł w tłomaczeniu czeskiem w »Časopisie lekařův českých« (Nr 24—26).

Zmarli: pedyatra Prof. Kassowitz w Wiedniu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1913.

Gazeta lek. Nr 22—25.: Rozenfeld: O znaczeniu osłabionego oddechu pęcherzykowego w szczytach płucnych w rozpoznawaniu gruźlicy (22—23). — Blay (dok. 22). — Kr.: Ś. p. prof. A. Bochenek (23). — Jaworski: Ś. p. Józef Czajkowski (23). — Dzierzgowski: W sprawie trwałości uodpornienia czynnego przeciw błonicy w ustroju zwierzęcym (23—24). — Łapiński: Listy z podróży (22—24). — Lubieniecki: O częstości tętna w niemiarowości tegoż stałej (24). — Moraczewski: Ilość indolu, otrzymywana przy sztucznem trawieniu i gniciu różnych rodzajów białek (25—26). — Rząśnicki: Przypadek zimnicy podzwrotnikowej (25).

Medycyna i Kronika lek. Nr 22—25.: Wasserthal: O adsorbcyi fermentów żołądka i kiszek przez różne proszki, używane w lecznictwie (22). — Grudziński: (dok. 22—23). — Wrzosek-Zawadzki: W sprawie oceny językowej książek naukowych (22).— Rejchman: Znaczenie rozpoznawcze bolu w chorobach narządu trawienia (23—24). — Gantz: O usuwaniu ciał obcych z przełyku (24—25). — Biegański: Przypadek wzrostu olbrzymiego u 14-letniego chłopca (25).

Tygodnik lek. Nr 22—25.: Wolf: Szew tętnic (22). — Skórczewski i Sohn: O wpływie leczenia radem na przemianę materyi u dnawych (22—23). — Kozłowski: Alkoholowe rękawiczki operacyjne (23). — Steising: O przyrodzie zaczynu czynnego przy odczynie Abderhaldena (24). — Heschelesówna: W sprawie cukrzycy u dzieci (24—25). — Rosmarin: O działaniu cholewalu w rzeżączce (25).

Nowiny lekarskie. Nr 6.: Neugebauer: Przypadek porodu 5 lat po zachowawczem operacyjnem wyleczeniu porodowego wynicowania macicy sposobem Piccoliego. — Gliński: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności. — Szerszyński: Postępy w leczeniu gruźlicy kości i stawów. — Serkowski: Opsoniny i bakteryotropiny w świetle doświadczeń własnych i krytyka teoryi Wrighta.

Lekarz wileński Nr 5.: Dzierżyński: Przyczynek do nauki o zanikach mięśniowych pochodzenia odruchowego i mięśniowego. — Hertz Stefania: W sprawie szpitali wileńskich. — I. B.: Udział Wilna w wystawie higienicznej w Petersburgu. — Boguszewski: List z Wiednia. — Historica: »Artyści sztuki aptekarskiej«.

Rocznik lekarski Tom III. Zeszyt I.: Kleczkowski: Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego. — Jaroszyński: Przyczynek do nauki o psychonerwicach.

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt III. Tomu VIII: Goldman A. I.: Przyczynek do wolnego przeszczepiania powięzi. — Pietkiewicz M.: Wady wrodzone układu moczowego u kobiet.

Postęp okulist. Nr 4. K. Noiszewski i Fr. Grodecki: Wypadek gruźlicy spojówki. — Wicherkiewicz: 1) Niezwykła zmiana refrakcyi po operacyi torbieli rogówko-twardówkowej. 2) Ropień pozagałkowy. 3) Tuberkuliczne zapalenie oka, wywołane ciałem obcem.

Kronika dentyst. Nr 6.: Zwierzchowski (c. d.).—Zawidzki (c. d.).

Zdrowie Nr 6.: Ciechanowski: Kolonie wakacyjne szkół średnich w Galicyi. — Sikorski: Zwalczanie plagi kurzu i dymu w miastach. — Gliński: Sprawozdanie lekarskie z działalności leczniczej Nałęczowa za r. 1911/12.

Przegląd higieniczny Nr 6.: Popielska: Moralne znaczenie gier ruchowych w wykształceniu fizycznem.

Słowo lek. Nr. 10—11: Styryjska Izba lekarska rozwiązała się! — »Bełz«. — »Drohowyże«. — Ciekawy proces lekarzy o obrazę czci, — Kaczyński: Dyety za tłumienie zarazy, za ochronne szczepienie ospy, oraz taksa zwana kilometrowem. — W sprawie organizacyi lekarzy we Lwowie i w Galicyi wschodniej.— Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi w świetle sprawozdań Krajowej Rady zdrowia za lata 1908 i 1909. — Stan szpitali krajowych i powszechnych w Galicyi w r. 1911/12.

Głos lekarzy Nr 11—12: Mikołajski: Bojkotowanie sądu przez znawców. — Projekt deontologii lekarzy zdrojowych. — Uprawa ziół lekarskich. — Ustawa o zapobieganiu chorobom przenośnym. — Skórski: W sprawie bojkotowania sądu. — Makarewicz: Sądy a znawcy-lekarze. — Mikołajski: Zniżka honoraryów lekarskich w zdrojowiskach. — Krajowe Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża w Galicyi. — Ankieta w sprawie organizacyi opieki nad umysłowo chorymi.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 4: Lewicki: Balneografia polska w XVI. stuleciu.

Nasze Zdroje. Nr 11—12. O przedstawicielstwo zdrojowisk w Sejmie krajowym. — Tarnawski (dok.). — J. B.: Obrót pieniężny w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach. — Marchlewski: W sprawie ujmowania źródeł mineralnych. — Głos lekarzy z Warszawy. — Klęsk: Dyeta w zdrojowiskach. — Przedstawicielstwo zdrojowisk galicyjskich w Wilnie. — Deficyt w Karlsbadzie. — Pawilon Związku zdrojowisk na Wystawie kijowskiej.

Redaktor odpowiedzialny.
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 2. lipca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Glinki: Demonstracya preparatu. 2) Demonstracye chorych z oddziału prof. Rutkowskiego, 3) Prof. Krzyształowicz: Przemiana materyi a choroby skórne.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. Dr Fritz Ehrl. W sprawie łeczenia wiewióra (Wiener medic. Wochenschrift, Nr 4, 1913). Jeżeli uprzytomnimy sobie normalny przebieg zakażenia gonokokowego w przypadkach niepowikłanych, to jest jasnem, że żywotność gonokoków po pierwszem gwałtownem zadziałaniu na zajęte błony śluzowe po paru dniach łagodnieje, czem więcej czasu spokojnego tkankom pozostawiamy. Ostre objawy zapalne widocznie ustępują i nie da się zapoznać skłonność odtwórcza. W tym okresie ograniczyć proces przez wstrzykiwania uda się chyba w bardzo rzadkich przypadkach. Znacznie częściej przyniesie się szkodę przez zbytnią interwencyę. Natomiast jest zrozumiałem, że skłonność organizmu do samowyleczenia się można wesprzeć, jeżeli się do moczu drogą przez nerki domiesza substancye chemiczne, które niezbicie działają szkodliwie na gonokoki a zarazem łagodzą zadrażnienie schorzałej błony śluzowej. Taka substancya według doświadczeń autora istnieje. Jest nią arhowina, produkt diphenylaminu, thymolu i esterowanego kwasu bendźwinowego. Przetwór ten podaje się wygodnie w kapsułkach. Autor nie widział ani razu najmniejszego szkodliwego lub uciążliwego działania ubocznego przy zażywaniu arhoviny. Po zażyciu kilku kapsułek następuje wybitna poprawa dolegliwości przy oddawaniu moczu. wskazująca na przeciwzapalne działanie arhowiny. Bóle przy oddawaniu moczu uspokajają się, aby po niewielu dniach, często już po dwu, ustać zupełnie. Gęsta śmietanowata wydzielina ropna zmniejsza się wybitnie, parcie na mocz znika, cały przebieg wiewióra staje się łagodniejszym, wzwody, tak uciążliwe dla chorego, często ustępują, a gdy po ustąpieniu najostrzejszych objawów zacznie się leczenie miejscowe posiadamy w arhowinie, którą autor obok leczenia wstrzykiwaniami zawsze jeszcze przez kilka tygodni d lej zażywać poleca, odpowiedni środek, aby niedające się uniknąć podrażnienie wynikające ze wstrzykiwań z jego podmiotowo nieprzyjemnemi działaniami zupełnie usunąć.

Hr. W.

Firma E. Merck, Darmstadt, wydała, jak corocznie, zestawienie nowości w zakresie farmakoterapii i farmacyi. Sprawozdanie ostatnie z kwietnia 1913 stanowi spory tom, obejmujący 564 stronic. Opracowanie poważne, z uwzględnieniem strony klinicznej i odnośnego piśmiennictwa.

Mk. W.

Rok LII. Kraków, dnia 5 lipca 1913 Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Jan Piltz).

O objawach ogólnych i ich znaczeniu dla wczesnego rozpoznania i leczenia nowotworów mózgu.

Podał

(na podstawie odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem)

Dr Jan Landau

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Z tego powodu badanie wziernikiem powinno dzisiaj należeć do metod, któremi posługiwać się powinien w swoich godzinach ordynacyjnych nietylko okulista i neurolog, ale nawet i każdy lekarz chorób wewnętrznych. Wszak stwierdzenie wspomnianych zaburzeń na dnie oka, po wyłączeniu wszelkich innych przyczyn, które dają podobne zmiany, jak blednicy, mocznicy, zapalenia wielu nerwów i innych, rozstrzyga dopiero w większości przypadków, a zwłaszcza tych, w których zupełnie brak objawów ogniskowych, o nowotworowej przyrodzie cierpienia mózgowego. A jeśli do tego dodamy, że owe wspomniane już zmiany na dnie oka doprowadzić mogą w bardzo nieraz krótkim czasie do zaniku nerwów wzrokowych i zupełnej ślepoty, to zrozumiałą okaże się rzeczą, że one to właśnie dają nam jeszcze najprędzej wskazanie do zabiegów dekompresyjnych.

Bo jakkolwiek są znane i takie wyjątkowe przypadki, w których przebiegu tarcza zastoinowa znowu ustąpiła, mimo że nie dokonano żadnego zabiegu operacyjnego nawet w kierunku zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego (wrzekomy nowotwór mózgu, zwapnienie nowotworu, rozejście się kości w szwach u dzieci), to jednak w przeważnej liczbie przypadków zmiany na dnie oka nietylko się utrzymują mimo leczenia środkami aptekarskimi, ale nawet i potęgują się coraz bardziej, grożąc choremu zupełną ślepotą. W tych więc przypadkach najlepsze jeszcze wyniki leczenia dają metody dekompresyjne, ale tylko o tyle, o ile zostały wcześnie zastosowane, t. j. nie w takim okresie choroby, w którym nie można już powstrzymać dalszego rozwoju zaniku nerwów wzrokowych.

Toteż zdarzyć się może i tak, że jakkolwiek mimo późnego stwierdzenia zmian na dnie oka i opóźnienia właściwego rozpoznania nie zaszkodzimy wprawdzie w jakimś przypadku sprawie wyleczenia chorego, ale skutkiem zwlekania z operacyą nie zapobiegniemy już wytworzeniu się zaniku nerwów wzrokowych, tak, że choremu uratujemy wprawdzie życie, ale jest ono już dla społeczeństwa straconem, a dla chorego tylko ciężarem.

Ponieważ więc od wczesnego stwierdzenia zmian na dnie oka zależy w wielu przypadkach nietylko właściwe rozpoznanie, ale i uchronienie chorego przed grożącą mu ślepotą, przeto częste wziernikowanie powinno być regułą, od której nie powinien odstępować żaden sumienny lekarz.

Zmiany na dnie oka niekoniecznie muszą być obustronne, mogą się bowiem rozpocząć od jednego tylko oka, albo też nawet i przez cały czas trwania choroby ograniczać do jednej tylko strony. Naturalnie, że już z natury rzeczy pojawia się tarcza zastoinowa zwykle na obu oczach, chociaż znowu najczęściej jest jej natężenie po obu stronach różne.

Należy pamiętać i o tem, że zmiany na dnie oka mimo istnienia nowotworu w mózgu, jak z jednej strony mogą nawet zupełnie się nie pojawiać, tak z drugiej nie należą one zawsze do wczesnych objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. W niektórych bowiem przypadkach pojawiają się te zmiany bardzo późno, mimo istnienia już na długi czas przedtem całego szeregu innych objawów ogólnych, a nawet ogniskowych. Toteż nie należy zawsze czekać na pojawienie się tarczy zastoinowej i od niej dopiero czynić zależnem właściwe rozpoznanie, dlatego, że w ten sposób bardzo wiele możemy zaniedbać w kierunku leczenia choroby i przystąpić do zabiegu w chwili, gdy już choremu nic nie będzie mogło pomódz.

Jak już przedtem wspomniałem, lekarz ordynujący nie powinien się ograniczać w przypadkach podejrzanych co do nowotworu mózgu jedynie tylko do stawiania choremu pytań w kierunku siły wzroku, ani też poprzestać na samem badaniu bystrości wzroku, a to dlatego, że mimo bardzo znacznej zastoiny chory może mieć jeszcze pełną bystrość wzroku, nie ograniczone pole widzenia i nienaruszoną zdolność rozpoznawania barw. Naturalnie, że daleko częściej bywa inaczej, t. j. że do zmian na dnie oka w formie zapalenia lub zastoiny po krótszym lub dłuższym czasie dołącza się osłabienie wzroku, które najczęściej dopiero

wywołuje u ordynującego lekarza podejrzenie poważniejszej choroby, a któreto osłabienie wzroku jest już zwykle następstwem rozpoczynającego się zaniku nerwów wzrokowych.

Zdarzają się wreszcie i takie przypadki nowotworów mózgu, w których mimo braku zmian na dnie oka chory uskarża się na napadowo występujące zaburzenia wzrokowe, a nawet na krótkotrwałą przemijającą ślepotę, albo i takie, w których od samego początku rozwija się zanik nerwów wzrokowych, nie poprzedzany ani zapaleniem, ani też tarczą zastoinową, jak to się dzieje w przypadkach, w których nowotwór uciska bezpośrednio na nerwy wzrokowe, np. w nowotworach przysadki mózgowej.

Stosunkowo częstym objawem, lecz daleko trudniejszym w kierunku wyzyskania go dla rozpoznania nowotworu mózgu, są drgawki. Mają one natomiast bardzo wielkie znaczenie jako objaw ogniskowy w tych przypadkach, w których rozpoznanie nowotworu na podstawie całego szeregu innych objawów jest już zupełnie pewne. Wielki błąd popełniłby jednak ten, ktoby drgawki nawet o typie ogniskowym, t. j. drgawki Jacksonowskie, uważał zawsze za objaw, który daje nam wskazówkę co do siedziby nowotworu. Wiemy bowiem dzisiaj już aż nadto dobrze, że zupełnie podobnie, jak mimo jednostronnych zmian organicznych w zakresie zwojów ośrodkowych pojawiać się mogą drgawki ogólne, które nie przedstawiają typu Jacksonowskiego, tak też z drugiej znowu strony niekoniecznie drgawki o charakterze Jacksonowskim muszą być zawsze objawem ogniskowym, któryby wskazywał na siedzibę nowotworu, zwłaszcza w przypadkach ich późnego pojawiania się przy istniejących już innych objawach ogólnych.

Chodzi mi o zaznaczenie, że nawet drgawki o typie Jacksonowskim mogą być jedynie następstwem wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, a zatem objawem, który należy do szeregu innych objawów ogólnych, a jest niezależnym od usadowienia nowotworu.

Zupełnie podobnie należy traktować i owe najrozmaitsze parestezye, jak: mrowienia, kłucia, rwania, uczucie drętwienia, ciepła i zimna, które w przebiegu nowotworów mózgu występują napadowo i albo poprzedzają w formie powiewu (aura) właściwe napady padaczkowe, albo występują zupełnie samoistnie bez drgawek, jako tak zwana padaczka czuciowa. Ta padaczka czuciowa może zaś, podobnie jak padaczka ruchowa, być albo ogólną, albo połowiczą, lub też nawet dotyczyć stale pewnych tylko części ciała, a zatem być czemś w rodzaju czuciowych napadów Jacksonowskich. I co do tej więc czuciowej padaczki pamiętać należy o tem, że i ona, zupełnie niezależnie od tego, czy jest ogólną, czy też tylko o typie Jacksonowskim, może być raz objawem ogniskowym, czasem zaś objawem, występującym na tle wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Zdawaćby się mogło, że dla rozpoznania nowotworu mózgu niezależnie od jego usadowienia nie może to więc mieć większego znaczenia, czy w danym przypadku występują ogólne drgawki, czy też tylko drgawki o typie Jacksonowskim, skoro w zasadzie jedne i drugie towarzyszą nowotworom mózgu, a zatem jedne i drugie przyczynić się mogą do właściwego rozpoznania. Trudności mogłyby się natomiast nasunąć dopiero wtedy, gdyby nam zależało na określeniu, czy drgawki, o które chodzi, są pochodzenia ogniskowego, czy też są one tylko objawem ogólnym na tle wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego i na wyzyskaniu tych dwóch rodzajów drgawek, t. j. ogólnych lub ogniskowych, w kierunku określenia siedziby rozpoznanego nowotworu.

Otóż rozumowanie takie jest słuszne, ale tylko o tyle, o ile dany przypadek jest przypadkiem długotrwałym, gdzie więc owe drgawki są jednym z licznych objawów ogólnych lub ogniskowych, które już same przez się i bez owych drgawek umożliwiają zupełnie pewne rozpoznanie nowotworu mózgu, albo gdzie owe drgawki są tym ostatnim niejako czynnikiem, który usuwa ostatecznie nasze wątpliwości co do rozpoznania.

(Dok. nast.).

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

Podał

Dr W. Puławski (Radziejów, gub. warszawska).

(Dalszy przyczynek; por. Przegląd lekarski 1912, Nr 14).

W roku ubiegłym, 1912, leczyłem 35 przypadków błonicy gardła i krtani surowicą swoistą z pracowni warszawskiej Dr Palmirskiego. Stosownie do charakteru przebiegu klinicznego grupowały się one, jak następuje: 1) Angina diphtheritica — przypadków 16; 2) Laryngitis — 9; 3) Angina c. laryngitide — 10, czyli ogółem przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 19, t. j. 54% ogólnej liczby. Wśród nich był jeden śmiertelny, co stanowi 5·2% śmiertelności, a zatem 2·8% liczby ogólnej przypadków. Wogóle przypadki spostrzegane pod względem swej liczby i jakości zbliżały się do średniej normy schematycznej. Mogę powiedzieć, że wśród bardzo wielkiej liczby przypadków krztuśca, często powikłanych dodatkowemi cierpieniami narządów oddechowych, nieraz śmiertelnemi, dalej wśród licznych przypadków ospy naturalnej (jedynie prawie u nieszczepionych) i grypy z powikłaniami, przypadki błonicy stanowiły w roku ubiegłym grupę chorób, względnie najmniej dokuczliwych i najprędzej przechodzących. Przypadków płonicy nie spostrzegałem wcale. Wśród licznych przypadków krztuśca, który grasował przez cały rok ubiegły, jeden był powikłany przez błonicę gardła i krtani, a mianowicie:

J. Gr., lat $2^3/_4$, doskonałej budowy i odżywienia bardzo dobrego, w trzy tygodnie po przybyciu z matką żydówką z Anglii do Radziejowa dostał krztuśca. W okresie największego natężenia choroby, w piątym tygodniu jej trwania, chłopiec dostał błonicy gardła. Początkowo leczono ją pędzlowaniem roczczynem sublimatu w glicerynie (1:1000), gdy zaś piątego dnia zaczęły występować objawy krupu krtani, zasięgnięto mojej porady. Przy badaniu znalazłem, co następuje: Ciepłota 38·5°; tętno 150, miękkie, słabo napełnione. Oddech do 40 na minutę, świszczący, krupowy, z udziałem skrzydeł nosa, mięśni mostkowo-obojczykowo-sutkowych, nadbrzusza i przestrzeni międzyżebrowych; kaszel charakterystyczny, krupowy, bardzo bolesny, pogarszający typ oddechu aż do zaduszania się. Najcięższy stan jednak spostrzega się przy zjawieniu się napadu kaszlu krztuścowego, przychodzącego wogóle nieco rzadziej od chwili wystąpienia krupu i nieregularnie. Dziecko sinieje do ostatecznych granic i z końcem napadu sprawia wrażenie konającego, ożywiającego się pod wpływem rozcierań octem aromatycznym i wąchania amoniaku lub eteru octowego. Tętno niewyczuwalne przez długi czas, a po silniejszym napadzie krztuścowym zjawia się dopiero po wstrzyknięciu olejku kamforowego. Wdychanie małych ilości chloroformu lub azotynu amylowego nie zapobiega zjawianiu się na-

padów krztuścowych, większych dawek zastosować nie można ze względu na objawy krupowe. Miejscowe badanie gardła jest w najwyższym stopniu utrudnione, daje się zauważyć ogólne zaczerwienienie bardzo silne ze śladami znikających plam błoniczych na migdałkach, łukach i języczku. Gruczoły z obu stron stwardniałe i miernie powiększone.

Niezwłocznie zastosowałem wstrzyknięcie surowicy w ilości 2000 j. ochr. w objętości 10 cm. sześc., a gdy do dnia następnego wyraźnej poprawy nie było, dawkę tę powtórzyłem. Po upływie 48 godzin po drugiem wstrzyknięciu objawy krupu krtani zaczęły wyraźnie słabnąć i następnych dni znikły zupełnie, pozostał tylko przez długi czas (przeszło dwa tygodnie) głos zupełnie cichy, chrypkowy (dysphonia), zapewne dlatego, że krztusiec, który trwał dalej na wysokości natężenia, przez ciągłe drażnienie strun głosowych i krtani przeszkadzał powrotowi do stanu prawidłowego błony śluzowej narządów głosowych. W okresie zdrowienia po błonicy chłopiec dostał również pleśniawek (aphthae), obficie rozsianych po całej jamie ustnej, które po upływie dni sześciu znikły zupełnie pod wpływem pędzlowania roztworem nadmanganianu potasu (1:1000). Krztusiec trwał dalej jeszcze przeszło sześć tygodni; złagodniał dopiero po umieszczeniu się matki z chorem dzieckiem w domku wśród lasku sosnowego, blizko trzy mile od osady odległego.

Z powodu powikłania pobłoniczego przez bezwład podniebienia miękkiego, zasługuje na obszerniejszą wzmiankę przypadek następujący:

Wł. Pal., lat $4^3/_4$, synek właścicielki majątku, budowy i odżywienia średniego, d. 27. I. 1912 zachorował na błonicę gardła. Przy badaniu w dniu 29. I. 1912 znalazłem, co następuje: Ciepłota 38·8°; tętno 142, miękkie, słabo napełnione; przytomność zachowana, słabość ogólna widoczna, senność, apatya. Miejscowo w gardle na obu migdałkach, łukach, na brzegach języczka i na podniebieniu miękkiem widoczne naloty dyfterytyczne, szarożółte, sadłowate, krwawiące przy ścieraniu; gruczoły podszczękowe z obu stron średnio powiększone i stwardniałe. U brzegów otworów nosowych szarawe nadżerki, wydzielina z nosa brudno-krwista, niecuchnąca. Wobec tego, że przed kilkunastu laty kilkoro dzieci pani Pal. umarło na błonicę gardła i krtani, proszono mnie o niezwłoczne zastosowanie surowicy przeciwbłoniczej, którą też w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 8 cm. sz. wstrzyknąłem. Do trzeciego dnia stan chorego dziecka znakomicie się poprawił: ciepłota spadła do poziomu prawidłowego po obfitych potach; osłabienie ogólne znacznie się zmniejszyło; miejscowo w gardle plamki błonicze zaczęły roztapiać się i niknąć, gruczoły stały się zaledwie wyczuwalne. W ciągu następnych dwóch dni dziecko wróciło do zupełnego zdrowia. Objawów wysypki posurowiczej nie było zupełnie. W trzecim tygodniu zdrowienia zjawił się bezwład podniebienia miękkiego i języczka; płyny i potrawy stałe przełykane wracały natychmiast przez nos; mowa stała się bezdźwięczna, nosowa. Stan ten trwał z przerwami i ponownemi nasileniami przeszło osiem dni. Wycieranie szyi, piersi i brzucha wodą słoną, faradyzacya okolicy krtani i przepony, ewentualnie nerwu przeponowego (phrenicus), wewnętrznie zaś brom i rozczyn Fowlera usunęły ten niemiły i niepokojący otoczenie objaw.

Porównując dane liczbowe z roku ubiegłego z dawniej otrzymanemi co do przypadków leczonych surowicą, widzimy:

Rok	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków śmiertelnych	Ditto w %	Liczba przypadków krtaniowych	Ditto w %	Śmiertelność ich w %
1912	35	1	2·8	19	54	5·2
1895—1911	780	48	6·1	430	55	11·1
1895—1912	815	49	6·0	449	55	10·9

Wszystkie w roku ubiegłym spostrzegane przypadki grupowały się, jak następuje:

I. Co do płci: chłopców 19; dziewcząt 16.

II. Co do wieku chorych:

0—1 roku — 1 przypadek	6 — 7 lat — 2 przypadki
1—2 lat — 4 przypadki	7 — 8 » — 3 przypadki
2—3 » — 8 przypadków	9—10 » — 3 przypadki
3—4 » — 3 przypadki	11—12 » — 1 przypadek
4—5 » — 6 przypadków	13—14 » — 1 przypadek
5—6 » — 2 przypadki	14—15 » — 1 przypadek

III. Co do dnia choroby, w którym surowica została wstrzyknięta:

A) Wszystkie przypadki wogóle	B) Przypadki krtaniowe.
1 — 6	1 — 2
2—14	2—10
3 — 9	3 — 4
4 — 3	4 — 1
6 — 1	7 — 1
7 — 1	9 — 1
9 — 1	

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A) Wszystkie przypadki wogóle:		B) Przypadki krtaniowe:	
1000 jedn. ochron.	1	2000 jedn. ochron.	17
2000 » »	32	4000 » »	1
4000 » »	1	8000 » »	1
8000 » »	1		

V. Co do wielokrotności dawek:

1) jednorazowo	33
2) dwukrotnie	1
3) czterokrotnie	1

VI. Co do przypadku śmiertelnego, to był on następujący:

J. L., $2^1/_4$ lat, syn parobka ze sąsiedniego folwarku. Chłopiec ten po siedmiu dniach ciężkiej błonicy gardła dostał objawów krupu krtani, który nazajutrz znacznie szerzył się ku dołowi, tak, że następnego dnia, 30. I. 1912 (dziewiąty dzień choroby), przywieziony do mnie chłopiec znajdował się w okresie bardzo wielkiego zwężenia krtani przy objawach duszenia się i ogólnej sinicy. Źrenice zwężone nie oddziaływały na światło. Wstrzyknięcie surowicy w ilości 2000 jedn. ochr., w objętości 8 cm. sześc., oraz 2 gramów olejku kamforowego i 0·03 kofeiny nie dały prawie żadnego odczynu dodatniego. Śmierć nastąpiła na trzeci dzień potem, czyli jedenastego dnia choroby. Niedbalstwo czy też nieświadomość rodziców były powodem, że tak długo ociągano się z zasięgnięciem porady lekarskiej, aplikując choremu dziecku różne leki domowe, naturalnie bezskutecznie.

VII. Co do wysypek posurowiczych, to spostrzegałem je w 14 przypadkach, co po odtrąceniu jednego przypadku śmiertelnego stanowi 41%; przytem w jednym przypadku zastosowania surowicy w ilości 1000 jedn. ochr. w objętości 5 cm. sześc. wysypki nie spostrzegałem wcale. Wśród pozostałych zatem 33 przypadków wysypka była w 14, co stanowi 42%; najwcześniej wystąpiła ona w czwartym dniu po wstrzyknięciu, najpóźniej w czernastym, najczęściej zaś około ósmego dnia po wstrzyknięciu. Natychmiastowego lub przyspieszonego odczynu posurowiczego (według Pirqueta) nie spostrzegałem. Trwanie wysypki było różne, od jednego do czterech dni; najczęściej ustępowała ona bez śladu w ciągu dwóch dni, nie sprawiała żadnych szczególnych dolegliwości i zawsze była wędrująca po powierzchni skóry. Co do charakteru wysypki, to w 8 przypadkach (57% przypadków wysypkowych) była to pokrzywka, w 2 przypadkach (14%) rumień (rash), a w pozostałych 4 (29%) wysypka była wielopostaciowa, mieszana. W jednym przypadku, u dwuletniego tłustego dziecka, prawie zaraz po wstrzyknięciu wystąpił na miejscu wstrzyknięcia siniak, wielkości srebrnej monety rublowej; siniak ten do dnia następnego powiększył się do rozmiarów średniej dłoni, poczem stopniowo znikał bez zastosowania żadnego okładu.

Przypuszczam, że siniaki takie, występujące niekiedy u dzieci o obfitym pokładzie tłuszczowej tkanki podskórnej, zależą albo od natrafienia igłą na nieco szerszą żyłkę lub też poprostu od ucisku podczas wstrzykiwania igłą i wypływającą z niej cieczą na sieć żyłek, których ilość jest większa w tłustej i miękkiej tkance podskórnej. Zwykle siniaki takie są albo wcale niebolesne, albo nader mało.

VIII. Wstrzyknięć powtórnych (reinjectio) w ścisłem tego wyrazu znaczeniu (po upływie więcej niż 8 tygodni od pierwotnego wstrzyknięcia) dokonałem w roku ubiegłym w dwóch przypadkach, a mianowicie:

1) J. Andrz., chłopiec lat $13^1/_2$, doskonale zbudowany i odżywiony, z powodu błonicy gardła, trwającej trzeci dzień z obfitymi nalotami w gardle i przy powiększonych i stwardniałych gruczołach szyjnych, otrzymał 2000 jedn. ochr. w jednej dawce objętości 8 cm. sześc. ze skutkiem znakomitym w ciągu dni czterech. Siódmego dnia po wstrzyknięciu wystąpiła pokrzywka, dość obfita, wędrująca po powierzchni skóry, trwająca niecałe dwie doby. Chłopiec ten w roku 1899, mając wówczas niecały rok życia, otrzymał z powodu objawów błonicy gardła i krtani, trwających drugi dzień, 2000 jedn. ochr. w jednej dawce objętości 20 cm. sześc. ze skutkiem znakomitym w ciągu trzech dni; objawy pokrzywkowe posurowicze wystąpiły zrana ósmego dnia po wstrzyknięciu i trwały do późnego wieczora dnia następnego.

2) Przypadek drugi wymaga nieco obszerniejszego opisu: W dniu 13. V. 1912 zostałem zawezwany do P. W., lat $4^1/_2$, synka urzędnika. Chłopiec chory jest już siódmy dzień; przeszedł błonicze zapalenie gardła wraz z nieżytem dróg oddechowych i nosa; od trzech dni, bardzo stopniowo, zaczęły występować objawy krtaniowe: suchy kaszel z odcieniem krupowym wzmagał się stopniowo; głos ochrypł, stał się bezdźwięczny (dysphonia), poczem wystąpił zupełny bezgłos (aphonia). Przy badaniu w dniu 13. V. 1912 znalazłem, co następuje: Chłopiec dosyć wątły i delikatny, średnio odżywiony; ciepłota 38·5°, tętno około 150 na minutę, drobne, nikłe, słabo napełnione. Oddech przyspieszony do 36 na minutę, powierzchowny, świszczący, przerywany częstym, szczekającym, charakterystycznie krupowym kaszlem, bardzo bolesnym i wywołującym chwilowe zaduszanie się. Przy oddechu zauważyć można wydatny udział skrzydeł nosa, mięśni mostkowo-obojczykowo-sutkowych oraz wydatne wciąganie nadbrzusza i międzyżebrzy. Chłopiec ten w r. 1909, mając wówczas $1^1/_2$ r. ż., zapadł na błonicę gardła, przyczem niezwłocznie wstrzyknięto 2000 jedn. ochron. w objętości 8 cm. sześc. z jaknajlepszym skutkiem do dnia trzeciego; ósmego dnia zjawiła się mierna pokrzywka, która po upływie doby znikła. Z innych chorób przed rokiem przechodzić miał chory krwawą biegunkę. Wobec groźnego stanu dość wątłego dziecka zastosowałem w dniu badania 2000 jedn. ochron. surowicy Palmirskiego w objętości 8 cm. sześc. i dawkę tę nazajutrz (ósmy dzień choroby) powtórzyłem. Wobec braku poprawy tegoż dnia późnym wieczorem i nazajutrz rano wstrzyknąłem jeszcze po 2000 jedn. ochron. w objętości za każdym razem 8 cm. sześc. tejże surowicy, czyli razem w ciągu 36 godzin chłopiec otrzymał 8000 jedn. ochron. w objętości 32 cm. sześc. w 4 dawkach. Dopiero po upływie doby po czwartem wstrzyknięciu można było dostrzedz pewne zmniejszenie się napięcia objawów krupowych: oddech nieco swobodniejszy, do 28 na minutę, nie tak świszczący; kaszel cokolwiek zmiękł, stał się mniej bolesny, rzadszy, z wydzieliną śluzowo-błoniastą, nieco ropną. Ciepłota spadła do 37·4°; tętno do 126, mocniejsze, lepiej napełnione. Miejscowo w gardle zaczerwienienie ogólne bez zmiany, bardzo silne, bez śladów nalotów błoniczych; gruczoły podszczękowe i szyjne, przedtem twarde i powiększone, zmniejszyły się i zmiękły. Odtąd stopniowe, dość szybkie zdrowienie. Dnia 17. V. 1912 pod wieczór, czyli w końcu czwartej doby po pierwszem wstrzyknięciu, zaczęły występować pojedyncze, rzadkie, pokrzywkowe plamy, lekko swędzące, niebolesne. Pojawiały się one w różnych miejscach skóry przez trzy następne doby, zawsze w małej ilości i w postaci rzadkiej, rozrzuconej; czwartego dnia znikły bez śladu. D. 21. V., t. j. ósmego dnia po pierwszem wstrzyknięciu zjawiły się bóle w mięśniach kończyn, zwłaszcza dolnych, głównie w udach. Przy spokojnem leżeniu bóle te prawie nie dawały się odczuwać, natomiast przy poruszaniu nogami lub przy dotykaniu mięśni uda ręką, chłopiec dość żywo oddziaływał. Na trzeci dzień od chwili zjawienia się, t. j. dnia 23. V., bóle te, bez żadnych zgoła zabiegów, zaczęły się zmniejszać; następnego dnia zupełnie ustąpiły. Ciepłota ciała przez cały ten czas była prawidłowa; białka w moczu nie było. Chłopiec pierwszy raz wstał z łóżka dnia 31. V., przyczem chodził dość pewnie i swobodnie. W następstwie aż do chwili obecnej (16. II. 1913) żadnych następczych objawów chorobowych nie było.

D. 25. V. matka chłopca, licząca 28 lat wieku, dostała błonicy gardła, głównie po stronie prawej, z obfitym nalotem i gruczołami bardzo silnie powiększonymi i stwardniałymi. 26. V. ciepłota 38·9°; tętno 120; wstrzyknąłem 2000 jedn. ochr. w objętości 10 cm. sześc. Nazajutrz znakomita poprawa, a po upływie dni pięciu zupełne wyzdrowienie bez następczych objawów wysypkowych; przez tydzień był wyciek surowiczy z prawego ucha. Prócz surowicy nie stosowano nic innego; miejscowo płukanie z rozczynu kwasu borowego. Chora ta, jako starsza ponad 15 lat, do statystyki nie weszła.

W tejże samej rodzinie dnia 18. VI. 1912 zachorował młodszy synek, $2^1/_4$ lat liczący, na błonicę gardła, głównie po stronie lewej. Niezwłocznie wstrzyknąłem 2000 jedn. ochr. w objętości 10 cm. sześc. ze skutkiem znakomitym i bardzo szybkim. Zupełne wyzdrowienie nastąpiło już czwartego dnia bez żadnych objawów posurowiczych.

Opisane tu dwa przypadki wstrzykiwań powtórnych (reinjectio) stanowią 63. i 64. kolejny przpadek wśród moich osobistych spostrzeżeń (patrz Przegl. lek. 1912, Nr 14). Kliniczny ich przebieg, jak to widzimy z opisu, niczem nie różnił się od wstrzykiwań pierwotnych, zarówno pod względem działania na objawy chorobowe, jak i ozdrowienia, oraz następczych objawów posurowiczych. W pierwszym przypadku reinjekcyę wykonałem w $12^1/_2$ lat po pierwotnem wstrzyknięciu, w dawce tej samej. W przypadku drugim reinjekcya nastąpiła po upływie trzech lat od wstrzyknięcia pierwotnego w dawce czterokrotnie większej, tak co do ilości jednostek ochronnych, jak i objętościowo, ze skutkiem jak najlepszym i nader efektownym u chorego osłabionego i wątłego, którego otoczenie najbliższe uważało za bezwarunkowo straconego. Objawy posurowicze wysypkowe, w postaci pokrzywki, były w przypadku tym nadzwyczaj umiarkowane, o wiele słabsze od średniej normy, przy towarzyszących współcześnie bólach mięśni kończyn, zwłaszcza dolnych, głównie ud. Bóle te trwały z przerwami około trzech dni, nie będąc nazbyt uciążliwymi dla chorego dziecka. Przypuszczam, że powodem ich było nagromadzenie się w mięśniach produktów przeróbki większej ilości obcej surowicy, wprowadzonej do ustroju, respective obcego gatunkowo białka tej surowicy.

Oceny i sprawozdania.

Krankheit und soziale Lage. Herausgegeben von Prof. Dr Mosse und Dr M. Tugendreich (Berlin). München, J. F. Lehmann's Verlag. 1913. Zeszyt IV. str. 242 (638—880). (Cena 6 marek, całego dzieła 22 mk.).

W sprawozdaniach z poprzednich trzech zeszytów (ob. »Przegląd lekarski« 1912, str. 365 i 654, oraz 1913, str. 93) podaliśmy ogólny plan wydawnictwa, podjętego przez prof. Mossego i Dra Tugendreicha przy udziale kilkunastu współpracowników, znanych jako wyborni znawcy rozmaitych działów medycyny i higieny społecznej, które miały być w wydawnictwie uwzględnione. Wydany teraz zeszyt czwarty jest końcowym zeszytem dzieła i obejmuje jego część III, zatytułowaną »Terapia socyalna«. Nie mogąc szczegółowo omawiać rozległego materyału, zawartego w tej części, trzeba się ograniczyć do wyliczenia zawartych w niej rozpraw, co da przynajmniej wyobrażenie o sposobie ujęcia przedmiotu. Naprzód tedy rozpatrują Zahn i Kleindinst. zwalczanie socyalnych przyczyn chorób przez państwo, podając zarazem przegląd obecnego stanu urządzeń państwowych w zakresie społeczno-higienicznym. Zahn, radca ministeryalny bawarski, ma w Niemczech

sławę największej powagi na tem polu. W drugim rozdziale, napisanym przez Dr Gottsteina, omówiono zadania gmin i stron prywatnych na polu opieki socyalno-higienicznej. Tu też przedstawiony został stan opieki gminnej i działalność stowarzyszeń humanitarnych. Bardzo ciekawy jest rozdział następny, opracowany przez Dra Alfonsa Fischera, a poświęcony rozpatrzeniu wpływu ustawodawstwa socyalnego na zapobieganie, rozpoznawanie i przebieg chorób. Wreszcie w ostatnim rozdziale wkracza Dr Schallmayer na pole higieny rasy i eugeniki. Rozdział ten zajmuje się mianowicie sprawą środków socyalnych, zmierzających do poprawy fizycznej społeczeństw w pokoleniach potomnych.

O całości dzieła trzebaby powtórzyć te same uwagi, które nasunęły się już przy pierwszym zeszycie. Niemniej uznać trzeba, że przeczytanie dzieła przyniešć może wielki pożytek każdemu lekarzowi, zapoznając go z obecnym stanem doniosłych, a na dobie będących problemów społecznych, z którymi nauka i działalność lekarska w coraz ściślejszy wchodzą stosunek. C.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Beyer. **Bakterye błonicze w moczu.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 5). We wszystkich przypadkach błonicy, w których autor badał mocz co do bakteryi błonicy, zdołał je wyhodować, i to nietylko w okresie gorączki i tworzenia się złogów na migdałkach, ale i w kilka tygodni po ustąpieniu objawów chorobowych. Wskazuje to na przechodzenie bakteryi z miejsca zakażenia do krwi, a więc i leczenie miejscowe, np. pędzlowanie, uważa B. za bezcelowe. B. wskazuje na możebność szerzenia się błonicy przez mocz, zwłaszcza u dzieci, u których trudno nieraz zapobiedz zanieczyszczaniu rąk i przenoszeniu zarazków chorobotwórczych. H. S.

Salomon. **Leczenie dyetetyczne kamicy żółciowej.** (IV. międzynar. Zjazd fizyoterapeutyczny). Cierpiący na kamicę unikać powinni potraw korzennych, jarzyn trudno strawnych w stanie surowym, potraw zbyt tłustych, majonezów. kawy, alkoholu i zimnych płynów. Od czasu do czasu solne środki przeczyszczające, unikać natomiast należy stałego używania innych środków przeczyszczających. Dla pobudzenia ruchu robaczkowego chleb Grahama, owoce surowe i jarzyny, leczenie winogronowe. Wogóle nie należy podawać za dużo białka. K.

Piotrowski. **Odruch mięśnia piszczelowego przedniego** (Now. lek. 1913, zesz. 3). Autor podaje spostrzeżony przez siebie nowy objaw, polegający na tem, że po uderzeniu młoteczkiem perkusyjnym o mięsień piszczelowy przedni w miejscu jego przyczepu występuje odruchowy zwrot i zgięcie grzbietowe stopy. Odruch ten rzadko spotyka się u ludzi zdrowych, natomiast dość często u osób wrażliwych i neuropatów. U chorych ze zmianami organicznemi układu nerwowego objaw ten przedstawia się inaczej, jest nadmiernie żywy, niejednakowo żywy na obu kończynach; występuje on nieraz bardzo wcześnie, stanowiąc jedyną oznakę patologiczną. H. S.

Hillebrecht. **Rheumatismus nodosus** (Med. Kl., 1913 Nr 6). Postać ta występuje w wieku młodzieńczym najczęściej niżej lat 15, często między 15—18. rokiem życia, a nieliczne są tylko przypadki w wieku późniejszym. Autor więc zalicza ją, jak płonicę i błonicę, do chorób wieku dziecięcego. Charakterystyką tej postaci chorobowej jest to, że w przebiegu ostrego gośćca stawowego albo pląsawicy powstają wzdłuż ścięgien, rozcięgien i w okostnej czaszki guzki twardo-elastyczne, wielkości grochu aż do wielkości orzecha włoskiego, zwykle zupełnie niebolesne albo nieco tylko tkliwe, pozostające kilka tygodni i miesięcy, poczem powoli znikają. W rokowaniu należy występowanie tych guzków brać bardzo poważnie, prawie zawsze bowiem ta postać gośćca przebiega długo i ciężko, zawsze prawie pociąga za sobą poważne zmiany na zastawkach sercowych i kończy się często śmiertelnie. Histologicznie zbudowane są te guzy z tkanki granulacyjnej w rozmaitych okresach jej rozwoju.

Autor opisuje dwa przypadki, spostrzegane przez siebie. W obu obraz nader ciężkiego, długotrwałego gośćca stawów, w obu powikłania ze strony wsierdzia, osierdzia i opłucnej; w jednym dwa małe guzki wielkości grochu na głowie, jakby z kością zrosłe, skóra nad nimi przesuwalna; w drugim jeden guz twardy wielkości małego jabłka nad wyrostkiem barkowym, drugi mały guzek na czaszce. W pierwszym przypadku wystąpiła w 4. tygodniu trwania choroby osutka plamista, podobna do osutki przy odrze, którą to osutkę autor uważa prawie za charakterystyczną dla tej postaci gośćca; charakterystyczną jest także lekko sinawa bladość twarzy, która twarzy nadaje znamię nader ciężkiej choroby. Salicyl okazał się bezsilnym w tej postaci gośćca. W pierwszym przypadku wystąpiły też silne obrzęki i zaczerwienienia skóry nietylko około stawów, ale także daleko sięgające poza okolicę stawów; występowały także obrzęki, pochodzące z zapaleń śródmięśniowych i to mięśni przedramienia, szyi, karku i śródręcza; w mięśniach śródręcza sprawa zakończyła się zupełnym zanikiem. Autor zalicza tę postać do t. zw. »dermatomyositis acuta«, którą i inni autorowie spostrzegali w najróżnorodniejszych obrazach (z krwawieniami z dziąseł, z jelit, z różnorakiemi osutkami i t. d.). Mondschein.

Quadrone. **Przyczynek kliniczny do radyoterapii nadnerczy w niektórych stanach, przebiegających z podniesieniem parcia tętniczego** (Riforma med. Nr 7 1913). Radyoterapię gruczołów z wydzielaniem wewnętrznem, będących w stanie przerostu i wskutek tego wzmożonej chorobowo czynności wydzielniczej, stosowano często i z dobrym wynikiem; przy chorobie Basedowa uzyskiwano niekiedy zwolnienie objawów po naświetlaniu tarczycy promieniami X. Akromegalię leczono przez działanie w ten sam sposób na przysadkę; stosowano promienie Roentgena również i przy przeroście grasicy. Zimmern i Cottenot uzyskali u 16 chorych, dotkniętych stałem wzmożeniem ciśnienia tętniczego, przez naświetlanie nadnerczy mniej lub więcej wybitny spadek ciśnienia, który występował czasem już w 48 godzin po pierwszem naświetleniu, czasem zaś dopiero po całym szeregu naświetlań, wynosił od 2—8 cm słupa rtęci (oscyllometr Pichona), a utrzymywał się niezmieniony przez całe miesiące. Równocześnie ustępowały także objawy podmiotowe, jak zawroty, ból głowy, szum w uszach i t. d. Dalej zauważano bardzo często pojawianie się barwika w skórze w obfitej ilości, nie spostrzegano natomiast żadnych zmian w moczu, nawet w przypadkach, gdzie już przedtem był białkomocz. Również i Q., naświetlając w celach leczniczych nerki, dotknięte przewlekłem śródmiąższowem zapaleniem, zauważył przy tej sposobności spadek ciśnienia; wychodząc zaś z założenia, że wzmożenie parcia tętniczego przy przewlekłem zapaleniu nerek zależy często od przerostu gruczołowego nadnerczy i w następstwie tego od obfitszego wydzielania adrenaliny przez komórki chromochłonne, doszedł do wniosku, że ten spadek ciśnienia zależał od bezpośredniego działania promieni X na miąższ nadnerczy. W celu bliższego rozjaśnienia tej sprawy przedsięwziął Q. szereg doświadczeń, w których działał promieniami Roentgena tylko na same nadnercza. Wybierał chorych ze stale wzmożonem parciem tętniczem, już to z powodu zmian nerkowych, już to z innych przyczyn, z wyjątkiem miażdżycy. Mimo, że ilość adrenaliny we krwi nie idzie równolegle ze wzmożeniem ciśnienia i mimo, że u pewnej liczby cho-

rych ze zwiększonem parciem znajdowano nawet zmniejszenie się, choć nieznaczne, ilości adrenaliny, — badał Q. także jej ilościowe zachowanie się przed i po leczeniu; oznaczał także przedtem sprawność wydzielniczą nerek. Ilość naświetlań, które Q. stosował na okolicę dwunastego żebra, nieco na wewnątrz od linii przykręgowej, wynosiła od 6 do 12. U wszystkich chorych, z wyjątkiem jednego kiłowego, uzyskał Q. zmniejszenie ciśnienia średnio o 30—40 mm. słupa rtęci, utrzymujące się jeszcze w parę miesięcy przy powtórnem badaniu, oraz ustąpienie objawów podmiotowych. Nie zauważył natomiast nigdy żadnych zmian anatomicznych tak ze strony serca, jak i nerek; stwierdził ponadto znikanie adrenaliny ze krwi w przypadkach, gdzie była jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. Q. wyraża przekonanie, że nie wszystkie stany hypertenzyi można w ten sposób leczyć, gdyż może ona zależeć także od innych przyczyn, nie od wzmożonej czynności komórek chromochłonnych nadnerczy; niewyjaśniony pozostaje fakt, dlaczego naświetlanie miało dodatni skutek nawet tam, gdzie przed leczeniem wcale nie było adrenalinemii. Wpływ promieni X. polegałby na niszczącem działaniu na komórki gruczołowe, będące w stanie chorobowo wzmożonej czynności. Dr T. T.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowości techniczne. 1) Narzędzie do doszczętnego usuwania stulejki podał Spitzy (Münch. med. Woch. Nr 18). 2) Elastyczną opaskę sprężynową, zamiast zwykłej opaski Esmarcha do uciskania naczyń krwionośnych, podał Henle (Med. Klin. Nr 20). 3) Hemometr prosty w użyciu podał Kiyooki Sato (Tokio) (Deutsche med. Woch. 1913 Nr 19). 4) Hemoglobinometr »Optima« wyrabia firma Meyer, Petri i Holland. Ma on tę zaletę, że oko porównuje zawsze tylko jeden odcień barwy. (Med. Klin. 1913 Nr 22).

Perhydrit, związek perhydrolu z karbamidem, zawierający 34—35% H_2O_2, działa na równi z perhydrolem, ma zaś nad nim tę wyższość, że jest ciałem stałem, które lekarz z łatwością może zabierać ze sobą. Mk.

W sprawie odkażania pola operacyjnego jodyną podaje Crucilla następujące uwagi: Najlepiej do tego celu nadaje się 6% rozczyn jodu w 95% alkoholu, i to zupełnie świeżo sporządzony. Skóry przedtem nie należy myć sublimatem. Jodyną smarować należy raz na 12 minut przed operacyą, a potem powtórnie tuż przed operacyą. (Gaz. degli osp. 1913 Nr 25). K.

Do odkażania skóry zamiast jodyny używają w klinice Tavela w Zürichu następującej mieszanki: »Rp. Jod. pur. 3,0, alcohol. absolut. 10,0. chloroform 90,0«. Wciera się ją 5—10 minut przed operacyą, a potem zmywa 96% alkoholem. Wypryski nie występują nigdy, a odkażenie jest pewne. (Wien. klin. Rundsch. Nr 16). K.

Do opatrywania ran ropiejących zaleca Domarew 10% ichtyolglicerynę (Deutsch. Medizinalzeit. 1912 Nr 26). K.

Stare rozczyny nowokainy, stosowane do znieczulenia miejscowego, mogą w tkankach wywoływać podług Saza'y łatwo zgorzel, dlatego też powinno się zawsze używać rozczynów świeżych, co obecnie wobec wprowadzenia fiolek z rozczynami lub tabletek jest bardzo łatwe. (Deutsche med. Woch. 1913 Nr 16). K.

Przy ostrych i przewlekłych cierpieniach stawów, a także gruźlicy, wstrzykuje Pohl do stawu 2 cm^3 fenolkamfory. Po pierwszem wstrzyknięciu odczyn jest silny, przy następnych już go niema, a skutek bywa bardzo dobry nawet tam, gdzie mieszanka jodoformowa nie skutkowała. (Zntblt. f. Chir. 1913, Nr 21). K.

Leczenie skrzywień kręgosłupa sposobem Abbotta krytykuje ostro Schanz, uważając rzekome wyleczenia za chwilowe sztuczne zniekształcenia klatki piersiowej w stronę przeciwną. (Berl. klin. Woch. Nr 22). K.

Przy zatrzymaniach moczu po porodzie, gdy pęcherz jest pełny, zaleca Ebellt śródmięśniowe wstrzykiwania pituitryny. (Zeitschr. f. gyn. Urol. IV. 2). K.

Jodparanukleinian żelaza (jodtriferrin), zawierający 9% jodu, nie wywołuje według doświadczeń prof. Salkowskiego u zwierząt żadnych zaburzeń. Z leku tego wsysa się w ustroju zwierząt żelazo tylko częściowo, jod całkowicie; wydzielanie jodu ciągnie się potem około 3 doby. (Biochem. Zeitschr. 1913 T. 49, Z., 1 i 2). Kn.

Antytyreoidynę Möbiusa stosował Breitmann (Terapeut. Obozr. 1913, 3) w chorobie Basedowa z wynikiem o tyle pomyślnym, że sen się poprawiał, drżenie rąk ustępowało, a tętno spadało ze 120 na 84. Breitmann podawał stopniowo od 3 kołaczyków w pierwszych dniach aż do 10 kołaczyków w dniu dziesiątym, poczem stopniowo znów obniżał dawkę. Podobnież korzystne działanie antytyreoidyny w połączeniu z pankreonem stwierdził w chorobie Basedowa Schnée (Zentrbl. f. inn. Med. 1913, 19). Mk.

Magnesiumperhydrol w dawce 0.5, powtarzanej 5—6 razy dziennie, zmniejsza według Buttersacka stopień cukromoczu w niektórych postaciach cukrzycy. (Fortschr. der Med. 1913, 19). Mk.

W ciężkich postaciach gośćca stawowego zaleca Schönfeld wstrzykiwania elektrargolu. (Münch. med. Woch. Nr 23). K.

W gruźlicy płuc korzystne wyniki spostrzegał Hinze (szpital w Zaleszczykach) po wstrzykiwaniach fosforu. Z początku 5—6 g. rozczynu 1:1000, potem 1:100 w odstępach kilkudniowych. (Münch. med. Woch. Nr 23). K.

Balsam kopaiwiany wywołał w klinice prof. Blaschko w Berlinie gromadne pojawianie się swędzących osutek. Wobec tego zaleca W. Fischer unikać stosowania tego leku, a zamiast niego podawać olejek sandałowy, lub jego przetwory, santyl i gonosan. (Deutsche med. Woch. 1913, 18). Kn.

W kile polecają lekarze japońscy t. zw. antiluetin (Bitartrato-kalium-ammonium-antimonoxyd). Wstrzykuje się ten środek podskórnie cienką igłą w dawce stopniowej od 0,025—0,05 z dodatkiem kokainy. (Rp. Antiluetin, cocaini hydrochlor. aa. 2,5. aq. dest. 100,0. Mds. 1—2 cm^3 wstrzyknąć podskórnie). (Deutsche med. Woch. 1913, Nr 21). K.

Fibrolizynę zastosował Weidnigg w postaci plastra w celach kosmetycznych na pozostałe po operacyach blizny i stwierdził prawie zupełne zniknięcie ich po 4 tygodniach. (Klin. therap. Wochenschr. 1913, 20). Mk.

Stożkowatość rogówki (keratokonus) w przypadku wola leczył Augstein ze skutkiem zapomocą thyradenu, podając stopniowo od 3 do 12 kołaczyków dziennie przez 24 dni, poczem leczenie przerwano z powodu pojawienia się przyspieszenia tętna. Po 2-tygodniowej przerwie począł Augstein znowu podawać po 8 kołaczyków tyradenu i 0,0024 acid. arsenic. w pigułkach dziennie. Wole i stożkowatość rogówki ustąpiły. (Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1913, 4). Kn.

IX. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem

od dnia 1. stycznia do dnia 31. grudnia 1912 r. (włącznie)

ułożyli

Dr Kazimierz Dłuski, dyrektor Zakładu. **Dr Stefan Rudzki,** I. asystent.

Przystępując do IX z rzędu sprawozdania z działalności Sanatoryum, podajemy na początku ogólne liczby, dotyczące ruchu chorych i wyników leczniczych w 1912 r., a z kolei przejdziemy do szczegółów, zawartych w dwóch

tablicach, ilustrujących najważniejsze szczegóły z biegu życia w Zakładzie.

Ogólna liczba chorych, którzy się leczyli w ciągu 1912 r., wynosi 347 [1]). Do lekarskiego sprawozdania wchodzi tylko 312, gdyż u 35 chorych czas leczenia nie wynosił 30 dni, t. j. tego minimum, które uważamy za niezbędne dla wyrobienia sobie choć w przybliżeniu sądu o chorobie z natury swej przewlekłej i o przebiegu tak wielce kapryśnym, jak gruźlica.

W związku z przewlekłym charakterem gruźlicy, pozwolimy sobie zwrócić uwagę, że w liczbie 312 chorych znajduje się 230, którzy leczyli się po raz pierwszy w Sanatoryum. Z pozostałych zaś 82: 56 chorych odbyło drugi kurs leczenia; 17 — trzeci kurs; 5 — czwarty; 2 chorzy — piąty; mamy wreszcie po jednym chorym, którzy leczyli się po raz szósty i siódmy w Zakładzie.

Nim przejdziemy do szczegółowego rozpatrzenia wyników leczniczych, zawartych w tablicy II, musimy powiedzieć parę słów o metodzie leczenia.

Już we wszystkich poprzednich sprawozdaniach zaznaczaliśmy, że podstawę leczenia w naszym zakładzie stanowi znana metoda Brehmera-Dettweilera, obok której od lat 6 przeszło stosujemy tuberkulinę Beranecka (TBk), a pod koniec roku 1912 zaczęliśmy stosować istniejący od paru lat w użyciu przetwór Ruppla, tak zwany »Sensibilisierte Bacillenemulsion« (SBE). Stosowaliśmy go tylko u 3 chorych z dość rozległemi zmianami w płucach (II i III okres według klasyfikacyi Turbana), ale przy dobrym stanie ogólnym i u 2 wyniki zdaje się, były dość pomyślne. Ale tak mała liczba żadnego znaczenia naturalnie mieć nie może; literatura zaś, dotycząca SBE, jest dotąd dość skąpa, więc i na jej podstawie wyrobić sobie zdania o wartości leczniczej SBE niepodobna. — Co się zaś tyczy TBk, stosowaliśmy go w ciągu 1912 r. — tylko u 17 chorych. Wyników tymczasem nie podajemy, gdyż zebrany dotąd w Sanatoryum materyał uważamy za niedostateczny jeszcze dla wypowiedzenia stanowczego sądu o leczniczej wartości tego swoistego środka. Przypominamy, że przed 3 laty ogłosiliśmy artykuł o TBk na podstawie materyału dotyczącego 44 chorych, a wnioski nasze streszczały się wówczas w 2 zasadniczych punktach: niepewność wskazań i kazuistyka w wynikach, czyli, że niewiadomo, w jakiej mianowicie kategoryi chorych należy stosować TBk i niewiadomo, kiedy można otrzymać zadowalniające wyniki; praktyka wykazała, że skądinąd u lekko chorych środek ten nie wywoływał żadnego widocznego skutku, przeciwnie zaś, widzieliśmy dodatnie jego działanie na ciężko chorych. Od tej chwili zapatrywania naszego nie zmieniliśmy. Zauważyć należy, iż liczba chorych leczonych w naszym Zakładzie zapomocą TBk w ostatnich paru latach zmniejsza się, co zresztą naturalne, skoro nawet w Niemczech zapał do stosowania rozmaitych tuberkulin ostyga u najgorętszych nawet zwolenników swoistego leczenia. My znów, zajmując stanowisko sceptyczne, nie możemy być zdecydowanymi propagatorami środka, pozbawionego co prawda, przy ostrożnem dawkowaniu wszelkiego niebezpieczeństwa dla chorego, ale jednocześnie niepewnego w swem działaniu. TBk bowiem nie daje odpowiedzi na zasadnicze pytanie: *kiedy* mianowicie dopomaga ustrojowi do walki z zakażeniem zapomocą uodpornienia biernego? Zresztą w ostatnich paru latach sprawa swoistego leczenia gruźlicy weszła znów w fazę krytyczną, czysto bowiem teoretyczne zagadnienia, dotyczące działania lasecznika na ustrój i związane z niemi sprawy uodpornienia uległy pod wpływem nowych badań znacznym modyfikacyom. Dość wspomnieć między innemi o teoryi »Partialantigene« Deycka-Mucha. Dalecy już jesteśmy od tej chwili — bliskiej jednakże — gdy teorya Wassermana zdawała się w sposób prosty tłómaczyć najzawikłańsze zjawiska z dziedziny odczynu tuberkulinowego na ustrój ludzki. Stoimy przed rozmaitemi nierozwiązanemi zagadnieniami w sprawie pierwszorzędnej wagi, jak biologii lasecznika gruźlicy, a tymczasem chcemy stosować z zamkniętemi oczyma różne przetwory, z tegoż lasecznika pochodzące? Wszystkie te okoliczności tłómaczą, dlaczego swoiste leczenie stosujemy w tak nieznacznych rozmiarach w Sanatoryum i dlaczego trzymamy się mocno metody higieniczno-dyetetycznej, mającej za sobą niezłomną tradycyę lat kilkudziesięciu i powagę faktów: widocznych, niezbitych, powszechnych.

[1]) W tej liczbie: Polacy 275, Rosyanie 49, Rusini 7, Niemcy 6, Czesi 3, wreszcie Węgrzy, Słowacy, Rumuni, Grecy, Włosi, Francuzi, Anglicy po 1 chorym.

O metodzie higieniczno dyetetycznej mówiliśmy obszernie w poprzednich sprawozdaniach; zresztą jest dziś tak znaną ogółowi lekarzy, że dłużej nad nią zatrzymywać się nie będziemy. Wspomnimy tylko pokrótce, iż polega ona na stałem używaniu świeżego powietrza, obfitem odżywianiu i zachowaniu spokoju fizycznego i psychicznego. Używanie świeżego powietrza nazywamy dlatego stałem, iż chorzy niegorączkujący spędzają — poza obrębem godzin przeznaczonych dla przyjęcia pokarmów — niemal cały dzień na świeżem powietrzu, głównie na werandach. Ilość godzin obowiązkowego werandowania wynosi dziennie sześć, poza tem chorzy spędzają parę godzin na powietrzu, częściowo na spacerach w parku zakładowym, pod ścisłą kontrolą lekarską, stosownie do stanu ich sił, bądź też przesiadując na ławkach, gęsto w parku rozstawionych. Chorzy gorączkujący leżą w pokojach przy szeroko otwartych oknach aż do chwili uregulowania się ciepłoty. Jedni i drudzy śpią przy otwartych całych oknach lub górnych szybach stosownie do stanu pogody. Tym sposobem używanie świeżego powietrza jest istotnie stałem.

Co się tyczy pożywienia, możemy z całą bezstronnością powiedzieć, że kuchnia nasza, składająca się z 5 posiłków dziennie, jest obfita i zdrowa — dowodem czego przyrost wagi u 78% chorych — że uwzględniamy bardzo skrupulatnie wszelkie zaburzenia w trawieniu, tak często u gruźliczych się zdarzające, że dzięki działaniu świeżego powietrza i zdrowej kuchni, zaburzenia te znikają często bez pomocy środków aptekarskich. Dodajmy do tego, że chorzy wypijają średnio $1\frac{1}{2}$ litra mleka dziennie na osobę.

Zarówno pilną uwagę, jak na stan fizyczny chorego, zwracamy też i na stronę jego psychiczną, w tem przeświadczeniu, iż niezbędnymi czynnikami pomyślnego leczenia są: spokój i równowaga duchowa. A właśnie w gruźlicy doznają one silnych zaburzeń, niejednokrotnie nawet u lekko chorych, co się łatwo tłumaczy działaniem toksyn na cały układ nerwowy, a także i tą ważną okolicznością, iż chory zostaje wytrącony ze zwykłej kolei życia, oderwany od zajęć i blizkiego otoczenia i skazany na długie miesiące życia bezczynnego, poświęconego leczeniu, z natury swej nudnemu i monotonnemu. I tu pierwszym i bardzo trudnym obowiązkiem lekarza jest mieć ciągłe baczenie na psychikę chorego, poznać całe jego życie duchowe, wchodzić z całą subtelnością we wszelkie szczegóły jego walk wewnętrznych i udręczeń i tak zapanować nad wolą i wyobraźnią chorego, aby utrzymywać go w stanie możliwej równowagi i spokoju.

Obok tych zasadniczych punktów metody musimy wspomnieć jeszcze o stosowanych powszechnie w sanatoryach zabiegach wodoleczniczych mających na celu hartowanie ciała, a mianowicie są to nacierania całego ciała wodą czystą lub zmieszaną z wyskokiem i natryski, trwające 20—30 sekund przy stopniowo obniżającej się ciepłocie wody od 35^0 do 10^0 C. Nacierania w 1912 r. stosowaliśmy u 306, natryski tylko u 29 chorych, gdyż wymagają one sporej odporności, a więc mogą być stosowane już po pewnym okresie nacierań u lżej chorych. Ale i wśród nich bywają jednostki tak nerwowo pobudliwe, że natrysków nie znoszą.

Nakreśliwszy w kilku słowach stosowanie w naszym Zakładzie metody Brehmera-Dettweilera, którą uważamy za podstawę leczenia, nie możemy pomijać niektórych środków pomocniczych, skierowanych przeciw różnym objawom chorobowym. A więc stosujemy dla ogólnego podniesienia odżywiania i dla poprawy układu krwi w niedokrwistości — często gruźlicy towarzyszącej — przeważnie przetwory arsenu [2]) i żelaza. Dla zwalczania gorączki, która często ustępuje jedynie pod wpływem świeżego powietrza i spokoju, uciekamy się do znanych środków przeciwgorączkowych, jak pyramidon, aspiryna, fenacetyna i t. d. Dla złagodzenia kaszlu stosujemy różne znane przetwory makowca, a ostatniemi czasy z dobrym skutkiem, wprowadzony przez Sahliego pantopon. Przeciw różnym uciążliwym objawom, jak bóle, kłucia i t. d. stosujemy różne zabiegi lecznicze: opaski, bańki, galwanizacyę, faradyzacyę, miesienie wibracyjne i t. d. Nadto, przy bólach w suchych zapaleniach opłucnej oprócz niektórych powyższych zabiegów, robimy naświetlania światłem elektrycznem — białem lub fioletowem — i to częstokroć z dodatnim wynikiem wtedy, gdy inne środki okazały się bezsilnymi.

Nadmienić wreszcie należy, że od września zaczęliśmy stosować sztuczną odmę piersiową, lecz materyał nasz, wynoszący do końca 1912 r. 4 chorych, jest zbyt mały, aby można było na jego podstawie mówić o wartości leczniczej tego zabiegu. Zaznaczamy tylko, że posługujemy się nim pod ścisłą kontrolą promieni Röntgena, które, stosowane od lat kilku w szerokich rozmiarach dla celów rozpoznawczych, oddają nam wielkie usługi w przypadkach niejasnych i wątpliwych.

Z kolei przechodzimy do rozmaitych szczegółów, zawartych w tablicy II. Co się tyczy wieku widzimy, że chorzy w okresach 21—30 i 31—40 lat życia stanowią 67%. Jest to cyfra nieco wyższa od cyfr za ostatnie 3 lata (64%, 65%, 66%), ale niższa od średniej dotychczasowej, wynoszącej 75%, a zwłaszcza od cyfry w 1906 i 1907 r., wynoszącej 85%. Taka przewaga chorych w tych okresach życia jest tak naturalnem zjawiskiem przy współczesnych warunkach życia w kulturalnych społeczeństwach, że mówić o niem zbyteczne. Również nie będziemy się dłużej zatrzymywać nad cyfrą obciążenia dziedzicznego, która waha się w naszym zakładzie od 50% do 60%, a obecnie wynosi 58%. Doświadczenie nasze, zgodne z doświadczeniem w innych sanatoryach, wykazuje, że obciążenie to niema bezpośredniego związku z wynikami leczniczymi.

Przechodzimy do rzeczy ważniejszych, a mianowicie do utraty gorączki i znikania laseczników Kocha.

Co się tyczy pierwszego objawu, widzimy, iż utrata gorączki wynosi 25% ogółu 312 chorych, stanowiąc cyfrę najniższą ze wszystkich dotychczasowych sprawozdań; jest ona niższą od średniej dotychczasowej, stanowiącej okrągło 41% i wybitnie — gdyż przeszło dwa razy — niższą od cyfry najwyższej w 1908 r. = 55·8%. Zanim postaramy się dać możliwe wyjaśnienie, przejdźmy do laseczników. Znikły one okrągło u 10% ogółu chorych w 1912 r. Cyfra ta jest niższą od średniej dotychczasowej, 15% i przeszło dwa razy niższą od maksymalnej w 1905 r. = 23%. A więc pomiędzy temi dwoma zjawiskami jest pewna uderzająca równoległość w cyfrach. Czyż świadczyłyby one, że materyał w 1912 jest wyraźnie gorszym od materyału w 1905 i 1908 r.? Jako podstawa do porównania służyć mogą wyniki lecznicze, z uwzględnieniem cyfry śmiertelności. Otóż śmiertelność 1908 r. wynosiła wprawdzie okrągło 1½%, gdy w 1912 = 2·9%; suma dodatnich wyników (znaczna i względna poprawa) wynosiła w 1908 r. 89·7%, gdy obecnie = 84·6%. Jeśli więc śmiertelność jest obecnie prawie dwa razy większą, niż w 1908 r., to znów w wynikach leczniczych zachodzi nieznaczna różnica, wynosząca tylko 5%.

[2]) Wstrzykiwania neo-arsykodylu robiliśmy u 58 chorych.

Natomiast cyfra śmiertelności w 1905 r. wynosi 1·8%, wyniki lecznicze dodatnie około 80%, więc obie cyfry tu gorsze pod tym względem od cyfr w 1912 r. Mamy więc zjawisko, które wydaje się napozór paradoksalnem, ale w istocie stoi w bezpośrednim związku z samym charakterem gruźlicy, mającej często przebieg wielce fantastyczny i nieobliczalny, nie dający się uchwycić w ramy jakichś określonych norm.

Nie ulega wątpliwości, iż ustąpienie gorączki jest w przebiegu choroby tak ważnym objawem dla rokowania, że tu niema miejsca dla różnicy zdań między klinicystami, zniknięcie znów laseczników Kocha jest rozstrzygającym czynnikiem dla wyleczenia. Ale chodzi o to, aby zniknięcie to miało charakter stały. Jeśli zważymy, że chorzy w naszym Zakładzie leczą się średnio tylko 3 miesiące, że laseczniki Kocha — jak wykazuje doświadczenie — znikają na całe tygodnie i miesiące, czasem i na lata, aby znów z ukrytych ognisk wyjść na światło dzienne, to nizka cyfra w obecnem sprawozdaniu da się temi okolicznościami w znacznej mierze wytłómaczyć. Tak samo rzecz ma się z gorączką. Gdy zważymy, że dziś skala 37·2—37·3 C° jest uważana za ciepłotę nieprawidłową, podgorączkową, i że nawet u lekko chorych przy poprawie stanu ogólnego i płuc, ta właśnie ciepłota podgorączkowa 37·2—37·3 trzyma się nieraz uporczywie, przez czas długi, stanowiąc niejednokrotnie zagadkę dla lekarza, bacznie śledzącego cały przebieg choroby, — wówczas nizka cyfra ustąpienia gorączki w 1912 r. znajdzie również swe usprawiedliwienie; w przeciwnym bowiem razie materyał chorych w 1912 r. musiałby być wyraźnie gorszym w zestawieniu z innemi latami, a odpowiednio do niego i wyniki lecznicze i inne charakteryzujące przebieg leczenia szczegóły.

Co się tyczy materyału, trzymamy się, jak i w poprzednich latach, schematycznej klasyfikacyi Turbana, którą słusznie Sterling nazywa »mechaniczną«, z podziałem chorych, stosownie do rozległości zmian anatomicznych, na 3 okresy. Zastrzegamy się, że uznajemy całą jej wadliwość, uważamy nawet za zbyteczne opinię naszą uzasadniać, ale niepodobna przy zestawieniu z całego roku dat i cyfr, ułożonych już na pewien schemat, przerabiać »en bloc« i klasyfikować na nowo wedle podziału daleko bardziej ze wszech miar racyonalnego, jakim jest podział Sterlinga. Posługiwać się nim będziemy w następnych sprawozdaniach.

Otóż jeśli miarą »złego« materyału ma być ilość chorych w III okresie Turbana, to istotnie w latach 1904 (18%), 1908 (23%), 1910 (20·7%) i 1911 (18·1%) jest ich mniej, niż w 1912, gdzie cyfra ta chorych w III okresie wynosi 23·4%. Natomiast we wszystkich innych latach cyfra ta jest wyższą, niż w 1912 r., a mianowicie: w 1903 — 26%, 1905 — 24%, 1906 i 1907 — **33**%, w 1909 — 25%. Jeśli następnie rzucimy okiem na cyfrę dodatnich wyników leczniczych, t. j. cyfrę znacznej poprawy (znaczna poprawa płuc i stanu ogólnego) i cyfrę »względnej poprawy« (poprawa tylko stanu ogólnego) [3]), dojdziemy do wniosku, że wyniki lecznicze w 1912 r. są cyfrowo gorsze tylko co do lat 1908, 1909 i 1911.

Dodatnie wyniki.

1903 i 1905 (włącznie)	— 80% (okrągło)
1906 i 1907	— 82·8%
1908 —	— **89·7**%
1909	— 86%
1910	— 82%
1911	— 86·2%
1912	— **84·6**%

Nizka więc cyfra ustąpienia gorączki i zniknięcia laseczników Kocha w 1912 r. nie da się postawić w bezpośrednim związku z jakością materyału w tymże roku na tle

[3]) Już niejednokrotnie zaznaczaliśmy, że terminu »wyleczenie« nie używamy, gdyż przy opuszczeniu zakładu może być tylko mowa o poprawie, o wyleczeniu rozstrzyga jeno czas.

statystycznego zestawienia z innemi latami. Brak tego związku będzie tem widoczniejszym, jeśli zważymy np. taki szczegół, że najwyższa cyfra zniknięcia laseczników, czyli 23%, przypada na 1905 r., gdzie dodatnie wyniki wynoszą zaledwie 80%. — Z drugiej jednak strony najwyższa cyfra zniknięcia gorączki u 55% chorych przypada na 1908 r., mający najlepsze jak dotychczas dodatnie wyniki lecznicze, 89·7%, ale jednocześnie prawie taką samą ilość chorych w III okr. co i w 1912 r., gdyż tylko o 0·3% mniej! Mamy więc przed sobą pewnego rodzaju kazuistykę, ilustrującą sam charakter gruźlicy jako choroby o mechanizmie patologicznym wielce powikłanym, dla nas dziś w wielu szczegółach nieznanym, i to z tej przyczyny, że nie znamy jeszcze wielu praw biologicznych niszczących zdrową komórkę ludzkiego ustroju, ani też wielu praw rządzących drobnoustrojową komórką — lasecznikiem, a więc nie możemy sobie zdać dokładnie sprawy ze stosunku, zachodzącego między jedną a drugą. Dla tego też w dziedzinie leczenia gruźlicy — zgodnie z charakterem samej choroby — widzimy pewien brak harmonii między różnymi przejawami, pewne kontrasty, jakby rozdźwięk między jednem zjawiskiem a drugiem i niepodobna dziś — gdy przyczynowy związek między wieloma ważnemi sprawami biologicznemi jest zakryty przed naszemi oczyma — powiązać ich w jedną całość.

Jeśli w dalszym ciągu będziemy rozpatrywać niektóre charakterystyczne szczegóły, znajdziemy potwierdzenie wypowiedzianego tu zapatrywania. Weźmy np. przyrost wagi, który jako taki może być objawem przypadkowym u poszczególnej jednostki gruźliczej, a zatem nie mieć żadnego dodatniego znaczenia [4]), ale u znacznej liczby chorych jest on bezwątpienia wyrazem wzmacniania i pokrzepiania się ustroju. Otóż w 1912 r. przy materyale, który na podstawie gorączki i laseczników Kocha wydaje się najgorszym ze wszystkich, waga przybyła przeszło u 78% chorych [5]), wynosząc 6·4 kg. średnio u 1 chorego przy obliczeniu na 100 dni. Jest więc przyrost ten większy niż w 1911 roku (5·7 kg.), choć materyał chorych w 1911 r. wydaje się w składzie swym wyraźnie lepszym i identycznie takim samym, jak w r. 1910 r. (6·4 kg.), choć i tu materyał stosunkowo jest lepszy. — Mniej więcej to samo da się powiedzieć o dwóch jeszcze objawach, a właściwie powikłaniach, na które stale zwracamy uwagę w naszych sprawozdaniach, a mianowicie: krwioplucia i gruźlica krtani, i to dla tego powodu, że klimat wysokogórski ma jakoby oddziaływać pod tym względem ujemnie na ustrój dotknięty gruźlicą. — Już niejednokrotnie z cyframi i faktami w ręku, zaczerpniętemi z naszego Zakładu, jak też i z innych wysokogórskich (Arosa, Davos, Leysin) i dotyczącemi całych tysięcy chorych, obalaliśmy podobne, oparte na bajkach urojenia — powtarzać więc naszych argumentów nie będziemy, ograniczymy się tylko do przytoczenia odnośnych cyfr. — Krwioplucia i krwotoki zapisaliśmy w wywiadach u 143 chorych, czyli u 46% ogółu 312 chorych *przed* przyjazdem do Zakładu; powtórzyły się u 26 chorych, czyli u 18% na 143 chorych. Ukazały się po raz pierwszy u 6 chorych, czyli u 2% na całą liczbę 312 chorych. Cyfry te zajmują środkowe miejsce wśród naszych dotychczasowych cyfr, gdyż w ciągu 10 lat istnienia Sanatoryum krwioplucia *powtarzają się* u 14% do maximum 23% chorych, ukazują się zaś *po raz pierwszy* u 1% do maximum 2·7% chorych. Cyfry te są tak wymowne, że nie potrzebują żadnych komentarzy, jako kontr-argumentu na opowiadania o szkodliwości klimatu zakopiańskiego dla chorych »skłonnych do krwioplucia«. Zgadzają się one przytem z cyframi sanatoryów górskich poprzednio wspomnianych, leżących o 400—800 metrów wyżej od Zakopanego.

[4]) Przypominamy, iż bywają chorzy ze sprawą *postępującą*, a jednakże waga ich przybywa, na co pierwszy — jak nam wiadomo — zwrócił uwagę Debove (Paryż), nazywając takich chorych »pthisique gras«.

[5]) Przyrost wagi stwierdzamy średnio u 75% ogółu chorych.

Co się tyczy gruźlicy krtani, spotykamy ją średnio u 10—12% chorych. — W 1912 r. z gruźlicą krtani mamy 24 chorych, czyli 7·7% ogółu, a więc cyfrę znacznie niższą od średniej. Wśród nich 11 z niewielkiemi, 4 ze średniemi, wreszcie 9 z dużemi zmianami (owrzodzenia znaczne i zniszczenie poszczególnych części). Wyniki leczenia: 1 pogorszenie, 5 bez zmiany, 18 — poprawa (11 względna, 7 duża). Zauważyć należy, że stosujemy zwykłe środki, jak wody alkaliczne, wziewania (przetwory mentolowe, kreozotowe), lub zwykłe zasypywania (ortoform, kwas borowy etc.), i tylko w 2 przypadkach z wielką poprawą stosowano zabieg operacyjny (skrobanie). Jeśli zważymy, że średnio polepszenia gruźlicy krtani zdarzają się u nas u 50%—60%, chorych, więc obecny wynik polepszeń u 75% wypada jako nader pomyślny i w każdym razie nie może przemawiać za tem, że materyał w 1912 r. jest gorszym od poprzednich lat.

Mówiąc o powikłaniach, powinniśmy wspomnieć dla dokładności sprawozdania o następujących. — Gruźlica jelit — 11 przypadków, z których 10 opuściło Zakład bez zmiany, 1 zejście śmiertelne w Zakładzie. — Zapalenie nerek: 6 przypadków, z których 3 lekkie ze względną poprawą i 3 ciężkie, na tle gruźliczem, bez poprawy lub z pogorszeniem. — Zapalenie gruźlicze opon mózgowych 4 przypadki: 2 zakończone śmiercią w Zakładzie, 2 po opuszczeniu Zakładu. — Gruźlica gruczołów szyjnych: 3 bez zmiany. — 1 gruźlicy gruczołów pachwinowych operowany, wyleczenie. — Przetoka odbytnicy: 2 przypadki, oba operowane — wyleczenie. Przypadek gruźlicy języka z dużemi i głębokiemi owrzodzeniami, znaczna poprawa bez operacyi. — Gruźlica najądrza: 1 przypadek bez zmiany. Gruźlica stawu kolanowego: 1 przypadek bez zmiany. Choroby Addisona 1 przypadek bez zmiany, wreszcie 1 przypadek raka odbytnicy (stwierdzony anatomo-patologicznie) u ciężko chorego na gruźlicę płuc, jelit i pęcherza, zakończony śmiercią po opuszczeniu Sanatoryum.

Na zakończenie powinniśmy podać, jak to czyniliśmy w poprzednich sprawozdaniach, spostrzeżenia nasze co do ognisk gruźliczych, charakterystycznych pod względem ich usadowienia się, oraz uwagi o suchych zapaleniach opłucnej. — Mamy na względzie ogniska, których głównem siedliskiem jest: w prawem płucu przestrzeń od grzebienia do połowy łopatki, w lewem zaś — w II i III międzyżebrzu w pobliżu mostka. Sprawa w takich ogniskach pojawia się samodzielnie, lub wyprzedza sprawę szczytową, ma charakter bardziej od niej uporczywy, przy mniejszej skłonności do poprawy. Już dawniej wyraziliśmy przypuszczenie, że takie usadowienie się sprawy powinno pozostawać w związku z wynikami badań rentgenologicznych, które wykazują, że niejednokrotnie sprawa gruźlicza zaczyna się nie w szczytach, lecz u wnęki płuc i stąd rozszerza się w różnych kierunkach, o rozmaitym stopniu natężenia. Ognisk takich spostrzegaliśmy w prawem płucu 25, w lewem 1, razem 26, czyli przeszło 8%.

Co się tyczy suchego zapalenia opłucnej, które jest zjawiskiem powszednim w przebiegu gruźlicy płuc, wspominamy o niem dlatego, że ma swe odrębne cechy. Miejsce jego znajduje się najczęściej zdala od głównego ogniska choroby i będąc często ograniczonem do paru centymetrów kwadr., nie zawsze jest stałem, zapalenie bowiem przenosi się czasem daleko od pierwotnego swego siedliska, wreszcie taka »pleuritis sicca volans« odznacza się niejednokrotnie brakiem harmonii między objawami przedmiotowymi a podmiotowymi, gdyż przy bardzo cienkiem, ledwo dającem się wysłuchać tarciu (»frottement râle« Grancher) chory uskarża się czasem na tak silne kłucie, że wymaga ono doraźnego wstrzyknięcia morfiny, lub naodwrót przy bardzo grubem tarciu żadnej dolegliwości nie odczuwa. Spostrzegaliśmy w 1912 r. przypadków takich 43, t. j. 13·7%.

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1912 do 31. grudnia 1912 (włącznie).

Narodowość	Liczba	Płeć		Pochodzenie	Liczba	Ilość dni leczenia	Wiek lat	Wiek osób	
Polacy	275	161 mężczyzn	186 kobiet	Galicya	113	9595	1—10	5	Średnia pobytu jednego chorego 85·2
Rosyanie	49			Królestwo	81	5977	11—20	58	
Rusini	7			Warszawa	53	4436	21 - 30	156	
Niemcy	6			Rosya	93	8985	31—40	77	
Czesi	3			Księstwo Pozn. i Prusy Zach.	5	505	41—50	36	
Węgrzy, Francuzi, Włosi, Anglicy, Rumuni, Grecy, Słowacy po 1	7			Inne kraje:			51—60	12	
				Węgry i Ameryka	2	86	>60	3	
Razem	347	347		Razem	347	29584		347	

TABLICA II.

Wyniki leczenia chorych za czas od 1. stycznia 1912 do 31. grudnia 1912 (włącznie).

Płeć	Wiek lata	Wiek osób	Obciążenie dziedziczne rodzaj *)	Obciążenie dziedziczne osób	Gorączka	Prątki Kocha	Waga obliczona na 100 dni		Okresy	Poprawa znaczna	Poprawa względna	Poprawa bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
141 mężczyzn; 171 kobiet	0—10	4	o¹	73	przyjechało z gorączką osób 223; utraciło gorączkę osób 56	przyjechało z tbc osób 147; utraciło tbc osób 15	244 przybrało po 6·4 kg; 41 straciło po 1·6 kg; 6 bez zmiany; 21 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 28979; średnia na 1 chorego 92·9	I. 118 37·8%	66	48	4	0	0
	11—20	53	o²	11										
	21—30	139	o	97										
	31—40	72	bez	131					II. 121 38·8%	64	48	5	3	1
	41—50	29												
	51—60	12												
	>60	3							III. 73 23·4%	13	25	17	10	8
razem 312	razem 312		razem 312		% utraty gorączki 25%	% utraty tbc 10%	przybytek u 78% ogółu 312 chorych		razem 312	143 45·8%	121 38·8%	26 8·3%	13 4·2%	9 2·9%

*) o¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Zamykając na tem nasze sprawozdanie, chcielibyśmy dodać jeszcze parę słów na zakończenie. — O wynikach leczenia i o związanych z niem charakterystycznych szczegółach mówiliśmy obszernie, wyznaczając każdemu z nich odpowiednie miejsce. Staraliśmy się nizkie cyfry spadku ciepłoty i znikania laseczników, wyglądające parodoksalnie wobec ogólnej sumy 84·6% dodatnich wyników — uzasadnić rozważaniami o gruźlicy, jako jednostce chorobowej może najbardziej nieuchwytnej i nieobliczalnej wśród chorób przewlekłych pod względem swegu przebiegu na tle rzadkiej różnobarwności postaci. Poruszyliśmy wreszcie sprawę różnych powikłań celem przedstawienia całego obrazu w należytem oświetleniu. Wnioski więc z tych wszystkich danych wysnuje czytelnik z łatwością. Tu pragniemy tylko, opuszczając już stanowisko lekarskie — zaznaczyć, że do 1912 r. frekwencya Zakładu od chwili otwarcia stopniowo i stale wzrastała, i że wzrost jej z końcem 1911 r. sięgał niemal 100%; — w drugiej połowie 1912 r. nastąpił zastój i cała liczba chorych (patrz tabl. I) w 1912 r. zmniejszyła się przeszło o 20% w porównaniu z rokiem poprzednim. Zjawisko to nie było dla nas niespodzianką, lecz przewidzianem z góry następstwem powikłań, jakie przeżywała wówczas cała Europa, a które odbiły się powszechnym zastojem ekonomicznym i zaważyły niepomiernie ciężko na stosunkach finansowych Austryi, a zwłaszcza Galicyi.

XIV. Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie.

Polski Komitet dla Zjazdów lekarskich międzynarodowych powziął na swem posiedzeniu plenarnem w d. 29. czerwca 1913 w Krakowie następujące uchwały:

1. Przyjąć zasady regulaminu Polskiego Komitetu Zjazdów międzynarodowych według projektu Dr Józefa Jaworskiego, przedstawionego na Zjeździe w Peszcie, a ogłoszonego w »Gazecie lekarskiej« w r. 1909, str. 966.
2. Starać się w przyszłości przez delegatów Komitetu zainteresować Zjazdami polskie Towarzystwa i czasopisma lekar-

skie celem obudzenia żywszego niż dotąd udziału w Zjazdach pod względem odczytów i liczby uczestników Polaków.

3. Wyrazić życzenie, aby do »Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego«, wydawanego w Warszawie, były dołączane po francusku tytuły streszczanych w nim prac i aby »Przegląd« ten był rozsyłany do ważniejszych bibliotek zagranicznych, na zagraniczne międzynarodowe Zjazdy naukowe lekarskie, do Komisyi stałej w Hadze i do Instytutu »Brücke« w Monachium.

4. Rozpatrzeć myśl urządzenia, w razie pomyślnych warunków, międzynarodowego Zjazdu z zakresu jednej gałęzi medycyny (np. neurologicznego, ginekologicznego itp.) w Krakowie lub we Lwowie.

5. Starać się, by wyjazd na Zjazd londyński miał formę wycieczki zbiorowej. W tym celu uprasza Komitet kolegów, wybierających się na Zjazd londyński, aby niezwłocznie zechcieli zgłosić to u uproszonych przez Komitet: prof. Renckiego (dla Lwowa), prof. Kryńskiego (dla Warszawy), prof. Ciechanowskiego (dla Krakowa), podając zarazem tytuł ewentualnie zapowiedzianych na Zjazd swych odczytów. Komitet poda przez pisma lekarskie polskie punkt zborny (prawdopodobnie będzie nim Berlin), termin wspólnego wyjazdu z tego punktu i nazwisko przodownika, jeżeli liczba zgłoszeń okaże się do d. 15. lipca dostateczną dla podjęcia takiej organizacyi; w przeciwnym razie gremialna podróż musiałaby być zaniechana. Dlatego prosi Komitet usilnie kolegów, wybierających się do Londynu, aby raczyli zgłaszać się zaraz. W Londynie ofiarował wycieczce polskiej swe usługi i gotowość do wszelkich informacyi o urządzeniach higienicznych, szpitalach i t. d., kol. Dr Ludwik Rajchman, stale tam zamieszkały. (Adres: The Royal Institute of Public Health, 37 Russel Square, London W. C.).

W końcu nadmieniamy, że pogłoska o utworzeniu w Londynie jakiegoś nowego »komitetu narodów słowiańskich« polegała na nieporozumieniu. Z nadeszłego już po posiedzeniu Polskiego Komitetu listu Dr Herringhama, generalnego sekretarza Zjazdu, wynika, że w braku dostatecznej liczby osobnych sal będą biura Komitetu polskiego i Komitetu lek. słowiańskiego pomieszczone wspólnie w jednej sali. Oba te Komitety zgłosił Prezes w swoim czasie, o żadnym zaś drugim Komitecie słowiańskim Dr Herringham nie wspomina.

St. Ciechanowski, sekretarz Komitetu. B. Wicherkiewicz, prezes Komitetu.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 2. VII. b. r. posiedzenie, na którem prof. Gliński przedstawiał preparaty anatomiczne, poczem odbyła się demonstracya chorych z kliniki prof. Piltza i wykład prof. Krzyształowicza: »Przemiana materyi, a choroby skórne«. W dyskusyi przemawiali prym. Borzęcki i prof. Krzyształowicz, Reiss i Wicherkiewicz.

— Wydział lekarski przyznał nagrody konkursowe po 500 kor. z fundacyi Jakubowskiego i Niewiadomego Dr Janowi Olbrychtowi i słuchaczom medycyny pp. Franciszkowi Mażylisowi i Janowi Mędrkiewiczowi.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim na rok szkolny 1913/14 został wybrany prof. Dr Walery Jaworski, dyrektor kliniki lekarskiej. Jednak prof. Dr Jaworski, powołując się na obowiązki, jakie na niego nakłada prowadzenie kliniki, co nie pozwalałoby mu oddać się obowiązkom dziekańskim tak, jakby tego pragnął, wyboru tego nie przyjął, a Wydział lekarski, uznając za słuszne motywa prof. Dr Jaworskiego, wybrał dziekanem prof. Dr Leona Marchlewskiego, dyrektora zakładu chemii lekarskiej. — We Lwowie został wybrany dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1913/14 prof. Dr Antoni Jurasz.

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wygłosili Dr St. Mutermilch i K. Rzętkowski wykład o hodowli tkanek »in vitro« (sposobem Carrela), objaśniony projekcyą fotografii i zdjęć kinematograficznych, wykonanych częścią w Warszawie, częścią w Zakładzie Pasteura w Paryżu. Wykład ten, dotyczący sprawy dziś rozgłośnej, obudził, jak donosi »Medycyna i Kronika lek.« (26) wielkie zajęcie.

— Na konkursie »Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych« otrzymał nagrodę im. Oczko za swe prace prof. Dr Franciszek Krzyształowicz z Krakowa.

— Ustawa współdzielczego stowarzyszenia lekarskiego pod nazwą »Spójnia lekarska«, mającego na celu sprzedaż i wytwarzanie środków lekarskich i narzędzi, została zatwierdzona przez władze, wobec czego stowarzyszenie rozpoczyna swoją działalność. Założycielami są Dr J. Zawadzki, Guranowski, Pawlikowski, Porydzaj, Horodyński, Czarkowski, Łazarowicz, Sierpiński, K. Zieliński, W. Biehler.

— Wyszedł z druku »Przegląd piśmiennictwa lek. polskiego« za rok 1911. Pożyteczne to nadzwyczaj wydawnictwo liczy niestety zbyt mało odbiorców, — w Galicyi zaledwo kilku. Tom tegoroczny wywołał uwagi krytyczne w »Medycynie i Kronice lek.«, oraz w »Tygodniku lek.«. Zarzuty streszczają się w tem, że »Przegląd« wychodzi zbyt późno (obecny np. dopiero w $1^1/_2$ roku od wydania streszczonych w nim prac), że niektóre działy streszczone są niestarannie i niezupełnie, a skorowidze ułożone niezupełnie dokładnie.

— W Otwocku otwarli Dr Higier, Krukowski i Wizel sanatoryum dla chorób nerwowych i wewnętrznych.

— W Szpitalu Starozakonnych otwarto wzorowo urządzone nowe ambulatoryum (Med. i Kron. lek. 25).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 9. VI. do 30. VI. 1913 przypadków: ospy 5 † 1, płonicy 7 † —, duru wysypkowego 7 † 1, róży 1, czerwonki 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. W pracy swej o szkodliwym wpływie na potomstwo małżeństw między członkami rodziny (Münch. med. Woch. Nr 14) udowadnia Kanngiesser, że dzieci z takich związków bardzo często cierpią na różne zboczenia (zwłaszcza barwikowe zapalenie siatkówki, ślepotę lub głuchoniemotę wrodzoną itp.), są często słabo rozwinięte cieleśnie lub umysłowo i dlatego twierdzenie niektórych badaczy, że takie związki uszlachetniają rasę, jest zupełnie mylne. X.

— Hirsch z Berlina zwraca uwagę (Zblt f. Gyn. Nr 12) na ciekawy fakt, że przy wczesnych porodach i poronieniach rodzą się głównie osobniki płci męskiej i im wydalenie płodu wcześniej następuje, tem pewniej będzie płód płci męzkiej. X.

— Jak wynika z zestawienia statystycznego zakładów wojskowych Francyi i Niemiec, stan zdrowotny rekrutów obu tych krajów zmienia się stale na korzyść Niemiec. We Francyi mimo wprowadzenia różnych sposobów, by stan armii zwiększać (przyjmuje się i bardzo nizkich popisowych) nie powiększa się odpowiednio kontyngent rekruta tak, że zachodzi obawa, iż zacznie się on nawet zmniejszać, bo wyczerpano już pod tym względem niejako rezerwy, a liczba urodzeń się zmniejsza. Obecnie komisye francuskie uznają już 99·4% przy poborach za zdatnych, gdy w Niemczech liczba ta nie dosięga nawet 60%! X.

— Przeciwko ciągłej zmianie na swojski język nazw łacińskich w terminologii lekarskiej protestuje Rüdiger. Wiedzie to nieraz do dziwolągów językowych, wywołuje utrudnienie w porozumiewaniu się i rozumieniu prac czytanych przez cudzoziemca, nawet i dla krajowca wiele »swojskich« terminów

jest zupełnie nieznanych. Nowe nazwy chorób powinny być tworzone według istoty choroby, a nie według autorów. Niektóre niemieckie nazwy chorób są wprost błędne i brzydkie. X.

— Prof. Waldeyer wniósł w pruskiej Izbie Panów, aby w Berlinie zbudowany został gmach na pracownie dla docentów uniwersytetu, zwłaszcza z Wydziału lekarskiego i przyrodniczego.

— Sprawa wynagradzania lekarzy za doniesienia o przypadkach chorób zakaźnych, poruszona w czasie obrad nad austryacką ustawą o chorobach zakaźnych, skończyła się, jak wiadomo, projektem, aby rząd, zamiast tych wynagrodzeń, wypłacał Izbom lekarskim w Austryi pewien roczny ryczałt na cele humanitarne (fundusze wdów i sierot). Otóż, jak donosi »Wiener allgem. mediz. Zeitung«, otrzymał obecnie prof. Finger, prezes Wydziału wykonawczego Izb lekarskich austryackich, a gorący orędownik tego projektu, oficyalne zawiadomienie, że rząd wypłacać będzie Izbom na cele humanitarne po 50.000 K rocznie, które mają być dzielone między Izby według liczby należących do każdej z nich lekarzy.

Mianowania i odznaczenia: Dr R. Wilson, lekarz gminny w Kopyczyńcach, odznaczony tytułem radcy cesarskiego; Dr Maryan Doliński, sekundaryusz szpitala w Przemyślu, mianowany dyrektorem szpitala w Zaleszczykach, Dr Stanisław Kącki z Krakowa dyrektorem szpitala w Dolinie, Dr Gustaw Zaremba, dotychczasowy dyrektor szpitala w Husiatynie, dyrektorem szpitala w Wadowicach, Dr Kazimierz Jarecki (dotąd w Dolinie) dyrektorem w Husiatynie, Dr Roman Hinze (dotąd w Zaleszczykach), dyrektorem szpitala w Rzeszowie.

Prof. agregé A. Broca profesorem chirurgii w Paryżu.

Zmarli: Dr Antoni Sikorski, założyciel, naczelny lekarz i prezes zarządu Warszawskiego Szpitala dla dzieci, w 80 r. ż. w Warszawie. Urodzony w r. 1834, ukończywszy gimnazyum w Warszawie w r. 1853, pracował zrazu w ówczesnej komisyi skarbu, potem dopiero wstąpił do Akademii medyko-chirurgicznej, którą ukończył w r. 1862. W r. 1869 założył, na skromną zrazu skalę, pierwszy w Królestwie szpital dziecięcy pod nazwą »Zakład leczniczy dla chorych biednych dzieci«, który przeniesiony później do osobnego gmachu przy ul. Aleksandrya, wzrósł dzięki staraniom ś. p. Dr Sikorskiego, a przez poparcie głównie ś. p. Augustowej hr. Potockiej, do rozmiarów dużego szpitala. Instytucyę tę prowadził ś. p. Dr Sikorski przez lat 40.

Redakcya otrzymała: Sędziak: 1) Nowotwory złośliwe w jamach obocznych nosa oraz w jamie nosowo-gardzielowej. (Med. i Kron. lek. 1913). 2) Tosamo po francusku. (Archiv. intern. de laryngol.). — Statystyka miasta Krakowa, opracowana przez miejskie Biuro statystyczne. Zeszyt XII. 1912. — Gajkowicz: Leczenje bugorczatki lehkich. S. Petersburg 1913. — F. E. Fronczak: Health work progress in America. Odb. »Americ. Journ. of publ. health« 1913. — M. Zieliński: Le pouls jugulaire dans l'insuffisance tricuspidienne. Paris. 1913, (dysertacya doktorska). — Kleczkowski: 1) Untersuchungen üb. d. Entwicklung der Grundsubstanz des Sehnerven. (Biul. Akad. Umiej. Kraków 1912). 2) Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego. (Rocznik lek. 1913). — Przepisy o zachowaniu zdrowia dla ludności wiejskiej. Warszawa, stron 15 (wydawnictwo Towarzystwa higienicznego). — K. Trochanowski: Iwonicz, jego dzieje, opis i znaczenie. Tarnów 1913.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LII. Kraków, dnia 12. lipca 1913 Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.
(Dyrektor: Prof. Dr Rosner).

Wyciągi z przysadki mózgowej w położnictwie i ginekologii

napisał

Dr Józef Schlank,

I. asystent kliniki.

W ostatnich czasach, kiedy zaczęto się zajmować badaniami nad wewnętrznem wydzielaniem rozmaitych gruczołów, zwrócono uwagę na przysadkę mózgową.

Już Liegois w drugiej połowie XIX stulecia opisuje przysadkę mózgową jako gruczoł, mający łączność z obiegiem krwi i wytwarzający jakiś produkt. Brown-Sequard uważał przysadkę za gruczoł o wydzielaniu wewnętrznem.

Od roku 1909, kiedy Dale na podstawie swoich doświadczeń na zwierzętach zwrócił uwagę, że wyciąg z przysadki mózgowej działa na mięśnie gładkie, wywołując ich skurcz, zaczęto w tym kierunku pracować. Zajęli się tem między innymi położnicy, kiedy stwierdzono skurcz mięśnia macicznego pod wpływem wstrzyknięcia wyciągu z przysadki mózgowej. Niedługo potem Fröhlich i Frankl-Hochwart doświadczalnie na zwierzętach stwierdzili, że pituitryna wywołuje skurcz mięśnia macicznego u ciężarnych królików i podnosi pobudliwość elektryczną n. podbrzusznego, n. miednicznego, jakoteż działa na mięśnie pęcherza moczowego, nie podnosząc ciśnienia krwi. Przeciwnie zaś Oliver i Schäfer stwierdzili, że wyciągi z przysadki wywołują szybko występujące podniesienie ciśnienia krwi w następstwie skurczu mięśni gładkich naczyń krwionośnych i że to podniesienie ciśnienia krwi dłużej trwa, niż po adrenalinie.

Doświadczenia na zwierzętach z usuwaniem przysadek mózgowych wykazały, że przysadka, a mianowicie jej przedni płat jest niezbędnym dla życia i że wycięcie całkowite przysadki lub przedniego płatu, w krótszym lub dłuższym czasie doprowadza zwierzę do śmierci. Wycięcie tylnego płatu zwierzęta znosiły bez szkody. Częściowe wycięcie płatu przedniego wywoływało obfite wydzielanie moczu (polyuria), cukromocz, wypadanie włosów, nadmierne otłuszczenia, osłabienie czynności płciowych, przerost tarczycy. Badania z wyciągami wykazywały wyłączne znaczenie płatu tylnego i z tej tylko części wyciągi miały wyżej opisany wpływ, wyciągi zaś z płatu przedniego nie wywoływały żadnych zmian spostrzegalnych.

Jedyny tylko Hamburger wspomina o dodatnich wynikach z wyciągiem z przedniego płatu, czego jednak nikt inny nie stwierdził. Przeciwnie zaś wyciągi z płatu tylnego okazywały silne działanie i znalazły szerokie zastosowanie w lecznictwie.

Parisot i Spire twierdzą, że wyciągi z przysadki działają o tyle, o ile one są zrobione z całej przysadki, nietylko z płatu tylnego.

Pierwszy u ludzi zastosował pituitrynę Goll w chorobie Addisona.

W roku 1909 Foges i Hofstätter ogłosili swoje wyniki stosowania pituitryny w 100 przypadkach krwotoków u położnic z dobrym wynikiem. Na podstawie ich wyników Hofbauer pierwszy zastosował pituitrynę podczas porodu i stwierdził jej wpływ w kierunku wzmacniania bolów porodowych. Zachęceni tem inni lekarze zaczęli stosować pituitrynę i ogłaszać swoje wyniki, jak Rohn, Kremer, Schiffmann, Fries, Łazarewicz, Bondy, Hamm, Jaeger, Gusiew, Nagy.

Z większości publikacyi wynika, że wyciągi z przysadki mózgowej działają najwybitniej w II okresie porodowym, wzmacniając bole porodowe i czyniąc je częstszymi i przez to skuteczniejszymi, co ja również na podstawie obserwacyi w klinice mogę potwierdzić. Tylko Jaeger i Nagy ogłaszają dobre wyniki działania pituitryny w I okresie porodowym. Czy i jak działa pituitryna, zastosowana w III okresie porodowym, to dotychczas jest mało znanem. Znam tylko pracę Friesa, który ogłasza dobre wyniki. Jäger, Bayger i Järgersohn, o ile zachwalają działanie pituitryny w II okresie, o tyle podkreślają zły wpływ na okres III, a mianowicie krwotoki atoniczne, które mają być skutkiem wyczerpania mięśnia macicznego po nadmiernej pracy.

Jakkolwiek doświadczenia na zwierzętach Moreta, Borea, Schäfera, Thompsona i innych stwierdziły niewielką toksyczność wyciągu przysadki mózgowej, jednak ze względu na to, że pituitryna podnosi ciśnienie krwi, chociaż tylko chwilowo, nie powinno się jej, mojem zdaniem, stosować u rodzących, u których ciśnienie krwi jest wzmożone, czy wskutek przewlekłego zapalenia nerek, wad serca, czy też w przypadkach wzmożonego parcia (hypertensio gravidarum) w następstwie zmian w nerce (ren gravidarum), zwłaszcza

jeśli istnieją objawy rzucawki porodowej, a nie potrzebuję dodawać, że tem mniej odpowiedniem jest stosowanie pituitryny podczas rzucawki. Zupełnie zrozumiałe jest dla mnie powikłanie, spostrzegane przez Pfeifera, w przypadku, w którym po wstrzyknięciu pituitryny podczas porodu u pierwiastki z białkomoczem nastąpił zupełny bezmocz. Nieprzestrzeganie tej zasady, według której pituitrynę stosować można tylko u osób z ciśnieniem prawidłowem, doprowadzić może do jeszcze innych następstw, a mianowicie do krwotoków mózgowych i porażeń połowiczych.

Według moich spostrzeżeń, pituitryna, jako środek wzmacniający bole porodowe, jest środkiem doskonałym i niema sobie równego. Wstrzykujemy w klinice wyciągi z przysadki mózgowej fabrykacyi Parke-Davis pod nazwą pituitryna, pituglandol La Roche i glanduitrin Richter w dawkach 1·1 cm. sz., które odpowiadają wadze 0·2 przysadki mózgowej. Wstrzykujemy je podskórnie, zwracając uwagę na to, by w myśl słusznych uwag Hofbauera strzykawka nie leżała w alkoholu, gdyż alkohol działanie pituitryny osłabia, co również miałem sposobność sam stwierdzić. Według moich spostrzeżeń, o ile pierwsze wstrzyknięcie nie daje wyraźnego skutku, t. j. o ile w kilka minut po wstrzyknięciu nie wystąpiły lepsze bóle porodowe, t. j. częstsze i dłużej trwające, to następne wstrzykiwanie nie daje żadnego wyniku. Voigt wstrzyknął w krótkim czasie 5 dawek pituitryny, nie mając żadnych przykrych powikłań.

Pierwszy raz stosując pituitrynę dla wywołania lepszych bolów porodowych, wstrzyknąłem ją przypadkowo do małej żyły podskórnej ramienia. W krótki czas potem zjawiły się silne bole porodowe i równocześnie wystąpiły silne dreszcze i wysoka ciepłota do 40° C. Ogólny stan rodzącej był dobry. Dreszcz był krótkotrwały, a ciepłota po 2—3 godzinach opadła. O ile znam odnośne piśmiennictwo, powikłań po wstrzyknięciu pituitryny nikt nie ogłosił. Przypuszczam, że wstrzykując pituitrynę wprost do żyły, można wywołać silniejsze bóle porodowe w krótszym czasie, jednak powyżej wspomniane powikłanie, jakkolwiek bez żadnej istotnej szkody dla rodzącej, jest bardzo nieprzyjemne. Wstrzyknięcie podskórne daje szybszy skutek, niż wstrzyknięcie miąższowe. Pituitryna wywołuje skutek mniej więcej w osiem do dziesięciu minut od chwili wstrzyknięcia. Zjawiają się wówczas częstsze, długie i silne bóle, przeciągające się do 3 minut. W jednym przypadku spostrzegałem ból, trwający pozornie 16 minut, t. j. aż do urodzenia się płodu. Przypuszczam, że w przypadku tym mieliśmy nie jeden nadmiernie długi ból, tylko przerwy między bolami były tak krótkie, że usuwały się z pod obserwacyi. Skurcze macicy, wywołane pituitryną, nie są tężcowe; są one rytmiczne i bardzo znacznie przyspieszają poród, bądź rozszerzając do reszty szyję maciczną, bądź obniżając płód. Towarzyszy im w okresie II odruchowe silne parcie. Tętno płodu w przeważnej liczbie przypadków, pomimo wprost piorunujących bolów, nie pogarsza się i dzieci rodzą się zwykle zupełnie zdrowe. Hofbauer i Nagy spostrzegali osłabienie tętna płodu, a Hofbauer radzi w takich przypadkach wstrzyknąć matce dawkę digalenu, który podnosząc ciśnienie krwi u matki, poprawia tem samem tętno płodu. Według mnie to postępowanie jest bardzo ryzykowne, aby przez wstrzyknięcie digalenu podnosić ciśnienie, które już samo przez poród i pod wpływem pituitryny jest wzmożone. Antecki i Zakrzewski spostrzegali 2 razy u płodu długotrwałe przykurczenie kończyn po zastosowaniu pituitryny, a u matki raz jeden przykurczenie kończyn, które po dobie ustąpiło. Pozostać musi rzeczą nierozstrzygniętą, czy w tych, odosobnionych zresztą przypadkach Anteckiego i Zakrzewskiego skurcze w kończynach powstały wskutek zastosowania wyciągu z przysadki. Co do matek, ani co do płodów nie znalazłem w dotychczasowej literaturze wzmianki o żadnych przykrych powikłaniach po wstrzyknięciu pituitryny z wyjątkiem przypadków, ogłoszonych przez Anteckiego i Zakrzewskiego.

Co do zastosowania pituitryny u rodzących z miednicami ścieśnionemi, to jestem tego zdania, że stosowanie pituitryny przy dużym niestosunku porodowym chybia celu. Natomiast tam, gdzie jest nadzieja, że silne bole zdołają przecież wepchnąć głowę do miednicy, wyciąg z przysadki daje doskonałe wyniki, polegające na tem, że albo główka, zastosowawszy swój kształt, pod wpływem silnych bolów rodzi się samorodnie, albo co najmniej schodzi tak nizko, że operacyjne rozwiązanie kleszczami staje się możliwem.

Pituitrynę zaczęliśmy stosować w październiku 1911 r. Podczas porodu wstrzyknąłem ją w 59 przypadkach, i to przeważnie w okresie II; z tych 59 wyraźny skutek był w 47 przypadkach, gdyż po wstrzyknięciu w 8—10 minut wystąpiły bardzo silne bóle porodowe, trwające od 40 sekund do 3, a nawet 16 minut, a poród następował w 13 do 14 minut od wstrzyknięcia pituitryny. Wśród tych 59 przypadków było 12 rodzących ze ścieśnionemi miednicami. Trzy z nich po wstrzyknięciu dostały tak silnych i częstych bolów, że pomimo względnie dużego ścieśnienia poród nastąpił siłami natury. W innych 3 przypadkach również przy miednicach płaskich krzywiczych byliśmy zmuszeni w 40—60 minut po wstrzyknięciu pituitryny przystąpić do operacyjnego rozwiązania, a to z powodu wyraźnego podniesienia się pierścienia skurczowego. W przypadkach tych założono kleszcze osiowe z dobrym wynikiem dla matki i płodu. Wynik ten uważamy w tych właśnie przypadkach za doskonały, gdyż tak stopień niestosunku, jak i przebieg poprzednich porodów, czynił prawdopodobnem cięcie cesarskie nadłonowe. Obserwując dokładnie te bardzo ciężkie i długie porody, nabraliśmy przekonania, że działanie pituitryny stworzyło tu warunki do zabiegu bądź co bądź łagodniejszego, t. j. do kleszczy osiowych. Zniekształtnione główki w tych 6 przypadkach były uderzająco duże. W 8 przypadkach pituitryna nie działała. Ponieważ w tych przypadkach istniało wskazanie do rozwiązania, przeto stwierdziwszy brak działania przysadki mózgowej, założono kleszcze wychodowe. Raz wstrzyknięto pituitrynę przy porodzie bliźniaczym z bardzo dobrym wynikiem. Raz stosowaliśmy ten środek przy sztucznem rozwiązaniu w VII. m. ks. ciąży, gdzie musiano chorą rozwiązać, by potem przystąpić zaraz do laparotomii z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem i zapaleniem otrzewnej. U rodzących, u których zastosowano pituitrynę w okresie II lub I, nabraliśmy przekonanania, że u naszych rodzących okres ten był zawsze znacznie skrócony i przebiegał przeważnie prawidłowo. Nie chcę twierdzić, żeby był skróconym i mniej krwawym, w każdym razie jednak nie spostrzegaliśmy krwawień, ani przeciągania się tego okresu. W 7 przypadkach

wstrzyknęliśmy pituitrynę bezpośrednio przed cięciem cesarskiem, jak to radził pierwszy Kremer. We wszystkich 7 przypadkach mogłem stwierdzić, że po wydobyciu płodu następował doskonały skurcz macicy, przyczem wśród minimalnego krwawienia łożysko samo się odklejało.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Jan Piltz).

O objawach ogólnych i ich znaczeniu dla wczesnego rozpoznania i leczenia nowotworów mózgu.

Podał

(na podstawie odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem)

Dr Jan Landau
asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Zupełnie inaczej jednak ma się rzecz tam, gdzie napady drgawek są jednym z pierwszych, albo też nawet, jak się to stosunkowo często zdarza, pierwszym wogóle objawem w przebiegu rozwijającego się nowotworu mózgu. W tych przypadkach nasuwają się nam zwykle wątpliwości, czy ten objaw jest objawem, wywołanym przez nowotwór mózgu, czy też powstał on z zupełnie innej przyczyny. To też te przypadki drgawek mają daleko większe dla nas znaczenie kliniczne, aniżeli tamte, a to tembardziej, że lekarze-praktycy zwykli zasadniczo różnie postępować w tych dwóch rodzajach drgawek.

O ile bowiem drgawki Jacksonowskie nasuwają odrazu u każdego lekarza podejrzenie w kierunku jakiejś ogniskowej przyczyny i o ile lekarz ten niewątpliwie podda takiego chorego natychmiast dokładnemu badaniu neurologicznemu w kierunku ewentualnego nowotworu mózgu, to w przypadkach drgawek ogólnych rozpoznaje się chętnie przy braku jakichś poważniejszych objawów podmiotowych padaczkę swoistą i leczy takich chorych nieraz bardzo długo tylko środkami aptekarskimi i odpowiednią dyetą.

A jednak, jeśli się uwzględni możliwość istnienia nowotworu mózgu, który przez szereg lat może być przyczyną tylko ogólnych napadów epileptycznych, zanim nie dołączą się inne objawy, jak bóle głowy, wymioty, zawroty i t. d., to zrozumiałym się stanie nasz postulat, ażeby w każdym przypadku, zwłaszcza późnej padaczki, poddać chorego dokładnemu badaniu neurologicznemu, a przedewszystkiem nie zaniedbywać systematycznego badania oczu.

Niewątpliwie, że takie ogólne drgawki z utratą przytomności są jednak najczęściej objawem ogólnym, który pojawia się na tle wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego w późnym dopiero okresie choroby.

Obok, lub też w miejsce napadów ogólnych drgawek, lub drgawek o typie Jacksonowskim, pojawiają się w przebiegu nowotworów mózgu, stosunkowo jednak rzadko, bądźto tak zwane równoważniki w postaci krócej lub dłużej trwających psychoz padaczkowych, bądź też małe napady padaczkowe w formie krótkotrwałych stanów zamroczenia świadomości z nieznacznymi kurczami w pojedynczych mięśniach.

W przypadkach nowotworów tylnej jamy czaszkowej spostrzegano także niejednokrotnie pojawianie się kurczów o charakterze wyprostnym w zakresie wszystkich kończyn z odchyleniem głowy i z tężcowem napięciem mięśni tułowia, a bez utraty przytomności.

Daleko mniejsze znaczenie dla wczesnego rozpoznania nowotworów mózgu, aniżeli poprzedni objaw, mają z a b u r z e n i a p s y c h i c z n e. Jakkolwiek bowiem są one stosunkowo częstym objawem nowotworów mózgu (bo według zestawienia Schustera pojawiają się one w 50—60% wszystkich przypadków), to jednak dlatego, że występują zwykle w bardzo późnym okresie choroby, t. j. dopiero na tle silnie wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, nie mogą one mieć tego znaczenia dla wczesnego rozpoznania nowotworów mózgu, jakie mają inne objawy ogólne.

Z pośród wszystkich zaburzeń psychicznych mają największe jeszcze znaczenie rozpoznawcze owe stany mniejszego lub większego zamroczenia świadomości, które idą w parze z nowotworami mózgu. Wszelkie bowiem inne zaburzenia psychiczne, jak mania, zaduma, bezmysł, bredzenia z omamami i urojeniami i zespół objawów, przypominający psychozę Korsakowa, względnie postępowe niedołęstwo umysłu, ponieważ nie mają nic swoistego dla nowotworów mózgu, przeto nie mogą też tej samej odgrywać roli, co tamte, dla rozpoznania tego cierpienia. Ponieważ nadto, według niektórych autorów, nie jest nawet pewnem, czy te co dopiero wymienione psychozy pozostają w rzeczywistym i ścisłym związku z rozwijającym się nowotworem, t. j. czy one mogą być wogóle uważane za jeden z objawów bądź ogólnych, bądź ogniskowych danego cierpienia — (Bruns np. sądzi, że tego rodzaju swoiste choroby umysłowe pojawiają się w przebiegu nowotworów mózgu tylko u takich chorych, którzy są usposobieni w tym kierunku, t. j. dziedzicznie obarczeni, u których więc guz mózgu jest tylko czynnikiem wyzwalającym chorobę umysłową, podobnie zresztą, jakby to mogła u tych chorych sprawić i każda inna wyniszczająca choroba) — przeto i z tego powodu nie będą one nigdy budzić u lekarza podejrzenia w kierunku nowotworu mózgu, o ile nie będzie jakichś innych somatycznych lub czynnościowych objawów ogólnych.

Jeśli jednak wiemy, że tego rodzaju choroby umysłowe mogą towarzyszyć nowotworom mózgu i że mogą one być w pewnych rzadkich przypadkach jedynym objawem tego cierpienia, który wyprzedza na długi czas inne objawy tak, że chorych takich z powodu fałszywego rozpoznania umieszcza się nawet w zakładach dla umysłowo chorych, to stanie się wówczas zrozumiałem nasze żądanie, ażeby i w tych przypadkach samoistnych na pozór psychoz nie zaniedbywać szczegółowego badania układu nerwowego i wziernikowania oczu, które nam każdej chwili wyświetlić mogą właściwą przyczynę zaburzeń psychicznych.

Szczególniej zaś ostrożnie należy postępować tam, gdzie nie mamy przed sobą jednej z powyżej wymienionych chorób umysłowych, lecz stan zamroczenia świadomości, wybitne osłabienie pamięci, apatyę i senność. I te

zaburzenia psychiczne, jakkolwiek najczęściej jeszcze pojawiają się w późniejszych okresach tej choroby, to jednak mogą wyjątkowo być wczesnym objawem nowotworów mózgu. Są zaś one tak charakterystyczne dla tego cierpienia, że o ile je spostrzeżemy w jakimś przypadku, to powinna się nam odrazu nasunąć możliwość jakiegoś organicznego cierpienia mózgu i takich chorych należy mimo chwilowego braku innych objawów ogólnych poddawać częstemu i szczegółowemu badaniu neurologicznemu.

Nie będę tu omawiać tych wszystkich chorób umysłowych, które wymieniłem poprzednio, a które pojawiają się w przebiegu nowotworów mózgu, a to dlatego, ponieważ nie mają one nic swoistego w swoim przebiegu i w niczem się nie różnią od podobnych psychoz, które nie powstały na tle nowotworów mózgu. Zajmę się natomiast omówieniem wspomnianego już zamroczenia świadomości, jako objawu, który prędzej lub później pojawia się w przebiegu każdego prawie nowotworu mózgu i ma tak swoiste cechy, że czasem przy pobieżnem nawet badaniu chorego można na podstawie jedynie tylko tego objawu uczynić z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznanie w kierunku nowotworu mózgu.

Najczęściej bywa więc tak, że owo zamroczenie świadomości jest zrazu bardzo nieznaczne, a przejawia się w tem, że chory nie potrafi, np. w rozmowie z nim, skupić swojej uwagi tak, jak to czynił dawniej, że nie śledzi za stawianemi mu pytaniami, lecz że trzeba mu nieraz i kilka nawet razy powtórzyć tosamo pytanie, zanim odpowie. Odpowiedzi chorego bywają jednak zwykle zupełnie ścisłe i dokładne, co wskazuje na to, że niema tu jakiegoś głębszego zamroczenia, ani też desoryentacyi, lecz przeciwnie chory rozumie bardzo dobrze, gdzie się znajduje i o co go pytają.

W miarę jednak tego, jak rośnie nowotwór, a względnie powiększa się ciśnienie wewnątrzczaszkowe, pogłębia się coraz bardziej i stan zamroczenia świadomości, dołączają się zaburzenia pamięci, osłabienie władz intelektualnych, a wreszcie pojawia się zupełna obojętność względem wszystkiego, co się dzieje dookoła chorego

Chory w stanie takim niema najczęściej żadnych już życzeń, nie stawia żadnych pytań, wszelka rozmowa z nim nawet na temat jego osobistych stosunków, lub jego choroby, ciągle się urywa, ponieważ chory taki sam nie okazuje chęci do podtrzymywania rozpoczętej z nim rozmowy i milknie bardzo często w połowie odpowiedzi. W końcu przechodzi owo zamroczenie świadomości w typowe osłupienie (stupor) z zupełną desoryentacyą. Chorzy tacy śpią całemi godzinami, a obudzeni, wśród rozmowy lub spożywania pokarmów zasypiają napowrót, na podniety zewnętrzne niewiele oddziałują, a mocz i stolec oddają pod siebie. Napięcie mięśni bywa w tym okresie choroby bardzo znacznie obniżone, odruchy skórne, ścięgniste i oddziaływanie źrenic na światło zupełnie zniesione, a tętno i oddech wykazują bardzo znaczne zaburzenia.

Naturalnie, że w tak daleko posuniętych przypadkach są bardzo wybitne i inne bądź ogólne, bądź ogniskowe objawy nowotworu, tak że te tak silnie podkreślone zaburzenia psychiczne niewiele się wówczas przyczyniają do rozpoznania, a i leczenie w takim okresie choroby zwykle zawodzi zupełnie.

Oprócz typowych chorób umysłowych i oprócz tych co dopiero omówionych stanów zamroczenia świadomości, senności i apatyi, wspomnieć należy o pewnych oderwanych niejako objawach psychicznych, które zjawiać się mogą w przebiegu nowotworów mózgu pojedynczo, a nie wchodzą w skład jakiejś ściśle określonej jednostki psychopatologicznej.

Należą tu przedewszystkiem najrozmaitsze omamy, których charakter wzrokowy, słuchowy, smakowy, względnie węchowy zależeć będzie od usadowienia nowotworu w tej lub innej części mózgu, należą tu: skłonność do dowcipkowania, zmiana charakteru, najrozmaitsze zaburzenia bądź w sferze afektu i usposobienia, bądź też w sferze poczucia moralnego. Wszystkie te objawy pojawić się mogą bardzo wcześnie i mieć znaczenie nietylko dla rozpoznania nowotworu mózgu, ale nawet i dla określenia jego siedziby (omamy).

Pozostaje jeszcze do omówienia kilka innych ogólnych objawów przedmiotowych, jakie towarzyszą nowotworom mózgu, a z pośród których najważniejszymi objawami są zaburzenia w krążeniu i oddychaniu.

Z pośród zaburzeń w krążeniu należy w pierwszym rzędzie wymienić zwolnienie tętna, które w pewnych przypadkach dochodzi do trzydziestu uderzeń na minutę, a które jest w każdym przypadku następstwem podrażnienia nerwu błędnego, i to jużto bezpośredniego przez sam guz, o ile się on rozwija w sąsiedztwie tego nerwu, już też pośredniego na drodze wmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. A zatem raz wystąpi owo zwolnienie tętna stosunkowo wcześnie, jako objaw miejscowy, innym zaś razem późno, jako objaw ogólny.

Nie jest zadaniem tego artykułu wskazać te wszystkie czynniki, które pozwalają nam przy różniczkowaniu uważać owo zwolnienie tętna raz za objaw ogólny, a innym razem za objaw miejscowy, lecz podnieść jedynie wypada, że żadne zwolnienie tętna nie jest patognostycznem dla nowotworów mózgu, bo spotykamy je i w najrozmaitszych innych sprawach, które idą w parze ze wzmożonem ciśnieniem wewnątrzczaszkowem, lub bezpośredniem podrażnieniem nerwów błędnych.

Jakkolwiek więc zwolnienie tętna może być jednym z bardzo wczesnych objawów nowotworu mózgu przy pewnem naturalnie usadowieniu guza, t. j. w sąsiedztwie nerwów błędnych, mimoto jednak dla rozpoznania nowotworu może ono dopiero wtedy mieć znaczenie, gdy się znajdą obok niego i inne objawy, charakterystyczne dla tego cierpienia.

Zwolnienie tętna dojść może wprawdzie w przebiegu nowotworów mózgu do trzydziestu i mniej uderzeń na minutę, średnio wynosi jednak takie tętno uciskowe 40—50 uderzeń. Czasem utrzymuje się ono na tej wysokości przez bardzo długi czas, innym zaś razem pojawia się tylko od czasu do czasu, i to zwykle w okresach zaostrzenia się i innych objawów uciskowych, jak bólów głowy, zawrotów i wymiotów.

Daleko mniejsze znaczenie dla wczesnego rozpoznania nowotworów mózgu ma przyspieszenie tętna, a to dlatego, że pojawia się ono zwykle w ostatnich dopiero okresach choroby, a jest następstwem wyczerpania lub porażenia ośrodka nerwu błędnego.

Mylnem byłoby zapatrywanie, że zaburzenia w krążeniu muszą towarzyszyć każdemu nowotworowi mózgu, jak również i to, że nowotworom mózgu towarzyszą zawsze naprzód zaburzenia w formie zwolnienia tętna i z czasem dopiero to zwolnienie przechodzi w przyspieszenie tętna. Zdarzają się bowiem i takie przypadki nowotworów mózgu, którym od samego początku towarzyszy przyspieszenie tętna, a mianowicie wówczas, gdy nowotwór tylnej jamy czaszkowej przez bezpośredni ucisk na nerwy błędne szybko je porazi.

W każdym więc razie widać z tego, że nie można z zachowywania się tętna zbyt pewnych wyciągać wniosków w kierunku rozpoznania, a to tembardziej, że czasem przy bardzo powolnem wzrastaniu guzów, mimo znacznej nawet ich wielkości, skutkiem powolnego przystosowania się ośrodków nerwów błędnych do zmienionych warunków, tętno chorego żadnej nie wykazuje zmiany.

Jeszcze mniejsze znaczenie, aniżeli zaburzenia w krążeniu krwi, mają dla wczesnego rozpoznania guzów mózgu zaburzenia w oddychaniu, a to dlatego, że pojawiają się one zwykle dopiero pod koniec życia chorego, a zatem wtedy, kiedy już z innych objawów ogólnych dawno można było rozpoznać nowotwór mózgu. Zdarza się wprawdzie, że tego rodzaju zaburzenia w oddychaniu czyto w formie oddechu Cheyne-Stockesa, czyteż tylko pogłębienia i zwolnienia oddechów, względnie przyspieszonego oddychania, pojawią się wyjątkowo wcześnie, n. p. przy usadowieniu nowotworu w sąsiedztwie rdzenia przedłużonego, ale są to na ogół bardzo rzadkie przypadki. Do najczęstszych form zaburzeń w oddychaniu należą oddech Cheyne-Stockesa, względnie zwolnienie i pogłębienie oddechów, do rzadszych przyspieszone i powierzchowne oddychanie.

W przypadkach bardzo silnie wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego zdarza się również, że w przebiegu zresztą prawidłowych oddechów powstaje nagle dłuższa przerwa przy trwającej czynności serca, poczem znowu powraca prawidłowe oddychanie.

Z innych objawów wymienię tu jeszcze w krótkości podwyższenie ciepłoty ciała, najczęściej w końcowych okresach choroby, powiększenie czaszki w całości skutkiem rozejścia się kości w szwach, spostrzegane zwykle u dzieci we wczesnym wieku, zmiany w odgłosie opukowym, rozszerzenie naczyń żylnych na czaszce i twarzy, osłabienie względnie zniesienie odruchów rogówkowych i odruchów ścięgnistych kończyn, bardzo częste ziewanie, które niekoniecznie idzie w parze z sennością, nadzwyczaj uporczywa czkawka, zaburzenia w miesiączkowaniu i zdolności płciowej, wzmożone pragnienie, częste oddawanie wielkich ilości moczu, a nawet czasem i cukromocz.

Wszystkie te objawy zaliczamy także do objawów ogólnych, bo i one mogą się pojawiać przy najrozmaitszem usadowieniu guzów na tle wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, a zatem niekoniecznie są zależne od zmian ogniskowych w obrębie mózgu.

W poszukiwaniu objawów ogólnych nie należy wreszcie w pewnych przynajmniej przypadkach, podejrzanych co do nowotworu mózgu, zaniedbywać rentgenografii, względnie badania ciśnienia i charakteru płynu mózgowo-rdzeniowego na drodze nakłucia lędźwiowego. Rentgenogramy bowiem niekoniecznie dawać nam muszą wskazania w kierunku siedziby nowotworu, ale mogą one nam czasem, podobnie jak nakłucie lędźwiowe, posłużyć jedynie tylko do spostrzeżenia wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Tego rodzaju bowiem zmiany, jak ścieńczenie kości czaszkowych, ich rozejście się w szwach lub zarysowywanie się żył w śródkościu, które mogą się uwidocznić w rentgenogramie, bywają właśnie następstwem wzmożonego ciśnienia w obrębie czaszki. Z wyników zaś badania płynu mózgowo-rdzeniowego ma największe znaczenie stwierdzenie limfocytozy, której obecność przemawia z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem przeciwko nowotworowej przyrodzie cierpienia.

Widać więc z tego wszystkiego, co tu przedstawiłem, że nie mamy jeszcze dzisiaj zupełnie pewnych kryteryów, z którychbyśmy odrazu mogli rozstrzygnąć, że pewien objaw jest objawem nowotworu mózgu, a nie jakiejkolwiek innej sprawy chorobowej. I jakkolwiek większość tych objawów ma przecież niektóre cechy, które je odróżniają do pewnego stopnia od podobnych objawów w innych chorobach, to jednak rozpoznanie nasze nigdy nie może się opierać tylko na jednym z tych objawów, ale ugruntowane być musi na całym przebiegu choroby i całokształcie obrazu klinicznego.

A więc nie pojedyncze objawy, lecz zespoły tych objawów, ich rozwój i przebieg kliniczny stanowić dopiero mogą o rozpoznaniu nowotworowej przyrody cierpienia mózgowego. Dlatego też tylko bardzo dokładne badanie w każdym kierunku, a przedewszystkiem także i w kierunku objawów ogniskowych, jak i szczegółowe wywiady mogą nam w przypadkach niejasnych i świeżych dopomódz do wczesnego rozpoznania właściwej choroby. A jakie to ma znaczenie dla leczenia i rokowania, o tem wspomniałem już na wstępie mojego odczytu.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Simmonds. **Przysadka mózgowa a moczówka prosta** (Münch med. Woch. 1913 Nr 3). Autor podaje obraz sekcyjny przypadku, w którym znaleziono przerzut raka, zajmujący część tylną przysadki mózgowej i uciskający na jej część środkową. Wobec rozpoznanej w tym przypadku za życia moczówki prostej, dochodzi S. do wniosku, że istnieje zależność tego schorzenia od uszkodzenia przysadki i wpływów działających na jej część środkową. H. S.

Flatow-Brunell. **Kliniczna metoda ilościowego oznaczenia urobilinogenu** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 5). Zamiast kosztownych i skomplikowanych dotychczasowych metod ilościowego oznaczania urobilinogenu w moczu — podają autorzy nową metodę prostszą i tańszą: 10 cm^3 przecedzonego moczu zakwasza się małą ilością kwasu winnego, i wytrząsa się dwa razy 5-krotną ilością eteru. Do odlanego eteru dolewa się 4 cm^3 1% rozczynu dwumetyloamidobenzaldehydu, wstrząsa i dodaje 6—8 kropel absolutnego alkoholu, nasyconego kwasem solnym. Po ponownem dokładnem wstrząśnięciu dolewa się wody (3—10 cm^3 przy prawidłowym moczu, a 20—100 cm^3 w razie zwiększonej ilości urobilinogenu). Pipetą wyciąga się wodę zawierającą barwik, a znajdującą się pod eterem i wlewa do probówki w kolorymetrze. Druga porównawcza pró-

bówka zawiera rozczyn 1:50000 fenolftaleiny z kilkoma kawałkami sody. Metoda ta pozwala wykazać urobilinogen z dokładnością taką, że błąd nie przekracza 5%. H. S.

Noorden. **Zasady leczenia zapalenia nerek** (Med. Klinik 1913 Nr 1). W postaci ostrej zapalenia nerek zaleca autor leżenie w łóżku, i to dopóty, aż się ona zupełnie wyleczy lub przejdzie w postać przewlekłą. Na pytanie, kiedy choremu można pozwolić wstać, odpowiada autor, że wtedy, kiedy z moczu znikły ciałka czerwone i nabłonki nerkowe, pozostać mają chorzy jeszcze tylko dwa tygodnie w łóżku, choćby białko jeszcze występowało. Naturalnie wszystkie inne objawy i powikłania powinny dawno ustąpić. W pierwszych dniach po opuszczeniu łóżka wzmaga się u chorych ilość białka w moczu, na to jednak autor radzi nie zwracać uwagi, szczególnie u dzieci i młodzieńców, którzy do rozwoju ciała potrzebują koniecznie pewnej sumy ruchów. Gdyby jednak na nowo pojawiły się ciałka czerwone i nabłonki nerkowe w moczu, należy chorego na nowo położyć do łóżka.

Co do dyety, to powinna ona jak najmniej dostarczać takich produktów przemiany materyi, które od nerek wymagają pracy. A takimi są: produkta przemiany materyi proteidów, dalej sole, jak fosforany, siarkany, chlorki. Na miejsce proteidów należy choremu podawać ile możności wielką ilość węglowodanów, których produkta końcowe: woda i kwas węglowy, prawie w całości, albo po większej części wydzielane zostają przez płuca i skórę. W przeciwieństwie do dziś rozpowszechnionego podawania choremu mleka w ostrym okresie, ostrzega autor przed niem, jako zawierającem dużo proteidów, przytem fosforany i siarkany. A więc należy chorego w pierwszym okresie żywić owocami, mączkami (ryż, pszenica, kukurydza, ziemniaki), przytem dobrze przemytem masłem, wodą ocukrzoną, sokami z owoców, limonadą. Po przejściu okresu ostrego, gdy wydzielanie moczu się wzmogło, a białkomocz zmalał, należy podawać dużo mleka z dodatkiem mączek z owsa, jęczmienia, kartofli, marchewki, grochu, soczewicy, fasoli, gotowaną zieloną jarzynę, przytem kakao, żółtko z jaja, lekkie herbatniki. Podawania soli kuchennej należy się wystrzegać. Po dłuższym czasie podaje się białko z jaja, ryby rzeczne, gotowane mięso. Do zwykłej dyety należy wrócić w 3—4 tygodnie po ustąpieniu białkomoczu, ale i wtedy wolno podać mięso tylko raz na dzień, soli kuchennej jak najmniej, korzeni i alkoholu wcale nie.

Co się tyczy płynów, to wód mineralnych w ostrym okresie należy unikać z powodu zawartości soli. Godną polecenia jest woda źródlana, lekka herbata chińska, sok z poziomek, malin, ale to wszystko wtedy, gdy ostry okres minął, ponieważ w ostrym wielka ilość płynów wzmaga obrzęki. N. zaleca środki napotne, ale także bez doprowadzenia większej ilości płynów; tenże cel ma wysyłanie do Egiptu. Podczas mocznicy bardzo dobrze działa upust krwi.

W przewlekłej postaci należy przestrzegać spokoju, gdy są obrzęki, zresztą zaleca się: mierny ruch, oddawanie się swemu zawodowi, jeśli on nie wymaga zbyt wielkich wysiłków fizycznych ani duchowych. Dyeta powinna być tego rodzaju, aby przy długiem trwaniu tej postaci schorzenia nerek siły chorego usilnie podtrzymywać. Proteidy należy wprawdzie ograniczyć, mniej więcej 130—160 g. surowej wagi mięsa (białe lub czarne), resztę w postaci mleka, jaj, czy białka roślinnego. Ryby wolno więcej dać o 40—50%, niż mięsa zwykłego. Przytem masło, jarzyny, owoce, leguminy. Soli kuchennej ilość mierna; korzeni i alkoholu podawać nie można. Płynów do $1\frac{1}{2}$ litra na dobę, przy marskiej nerce do 2 litrów. Mondschein.

Gringsheim. **O leczeniu hemoglobinuryi napadowej** (Med. Klinik 1913, Nr 7). Wychodząc z tego, że prawie wszyscy chorzy, dotknięci tem schorzeniem, podają w wywiadach przebytą kiłę i okazują dodatni odczyn Wassermanna, leczy się hemoglobinuryę napadową często rtęcią, z wynikiem jednak bardzo rzadko dodatnim. Wstrzykiwano też śródżylnie rozczyn soli kuchennej, lub propepton, podawano wewnętrznie chlorek wapnia, wstrzykiwano kilkakrotnie surowicę końską bez pomyślnego skutku. Ponieważ cholestearyna powstrzymuje w próbówce sprawy hemolityczne, które i w hemoglobinuryi napadowej się odbywają, przeto wpadł autor na pomysł, by i w tej chorobie zastosować cholestearynę i osiągnął wynik zadowalniający. Autor stosował cholestearynę w 10% zawiesinie śródmiąższowo, by naraz większa ilość uległa wessaniu. Wstrzykiwania te są nieco bolesne i wywołują czasem podniesienie się ciepłoty ciała. Zastosowanie zimnych kąpieli nożnych, które u jednego z chorych zawsze wywoływały ciężki napad moczu krwawego, trwający do 10 godzin z dreszczami i gorączką, nie zdołało po piątem wstrzyknięciu cholestearyny wywołać już hemoglobinuryi, choć pojawiły się dreszcz i wzmożenie ciepłoty. W osiem jednak dni po ostatniem wstrzyknięciu cholestearyny wystąpił u tego chorego znowu silny napad, w niczem nie różniący się od napadów przed leczeniem. Mondschein.

Eisenheimer. **Zatrucie strawą, zawierającą wanilię** (Med. Klinik 1913, Nr 7). Autor przytacza najpierw przypadki innych autorów, którzy po spożyciu najczęściej lodów waniliowych, lub też innych potraw z wanilią spostrzegali obraz zatrucia w postaci ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego. Wszystkie te przypadki (z wyjątkiem jednego u starca 70-letniego), zakończyły się pomyślnie. Wanilia sama nie ma żadnych własności trujących, dodawana jednak bywa często do potraw zimnych, zawierających białko, sporządzanych dnia poprzedniego i niedobrze przechowanych. Białko, jako dobra pożywka dla drobnoustrojów, łatwo ulega rozkładowi, którego produktami są często substancye silnie trujące. Z tego wniosek, by potrawy takie sporządzać świeżo, a jeśli mają być spożyte później, by je stosownie przechowywać (w lodzie i hermetycznem zamknięciu).

Autor przytacza przypadek, gdzie u młodego chłopca w kilka godzin po spożyciu leguminy, polanej kremem z wanilią wystąpiły objawy nader ciężkiego nieżytu jelit i żołądka, z tętnem nitkowatem, oddychaniem powierzchownem, sinicą, wielką bolesnością uciskową brzucha i z obrazem ciężkiego zapadu. Mocz zawierał białko, liczne wałeczki szkliste; stolce częste, śluzowo-krwawe (15 na dobę). Przypadek ten skończył się pomyślnie. Strawa spożyta przez chorego była sporządzona poprzedniego dnia i przechowana na powietrzu wolnem. Mondschein.

Higiena.

(Z posiedzeń referatowych lekarzy miejskich w Krakowie).

W. Momidłowski: **Propozycye w sprawie zwalczania śmiertelności dzieci ze szczególnem uwzględnieniem stosunków w Galicyi** (Der Amtsarzt Nr 6 1912). Statystyka dziesiątka lat od r. 1900 do 1909 stwierdza, że w Galicyi na 100 osób zmarłych było dzieci do końca pierwszego roku życia 37·7%, a do końca 5. roku życia 52%. W porównaniu ze śmiertelnością dzieci w całej monarchii austryackiej w r. 1909 śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia jest w Galicyi większą o 7·4%, śmiertelność zaś do końca 5. roku życia większą o 8·2%. Ogółem z dzieci żywo urodzonych ginie w pierwszym roku życia w Galicyi 21%, w Irlandyi, Szwecyi i Norwegii po 10%, w Szkocyi 12%, w Anglii, Finlandyi i Szwajcaryi po 15%, w Niemczech 17%.

Dwie są główne przyczyny śmiertelności dzieci: nieodpowiednie ich pielęgnowanie w pierwszym roku życia, po drugie choroby zakaźne. Że ten drugi czynnik odgrywa bardzo poważną rolę, świadczy porównanie statystyczne śmiertelności z chorób zakaźnych w Galicyi ze śmiertelnością z tych chorób w innych krajach Austryi. Na bło-

nicę zmarło w r. 1909: w Czechach 1299 osób, w Górnej Austryi 307 osób, w Styryi 600, na Morawach 521, na Bukowinie 207, w Galicyi 3547. — Co do innych chorób zakaźnych wystarcza porównanie Galicyi z Czechami, zbliżonemi do niej co do liczby ludności (pierwsza cyfra dotyczy Galicyi, druga Czech): Krztusiec 5864 : 668, płonica 11 207 : 1129, odra 7650 : 1396, czerwonka 1168 : 3, cholera dziecięca 2981 : 3730. Jako przyczyny tak znacznej śmiertelności z chorób zakaźnych przytacza autor przedewszystkiem nizki stopień kultury u ludności galicyjskiej, dalej sąsiedztwo Królestwa i Rosyi, które stanowią niejako zbiornik chorób zakaźnych dla całej Europy, wreszcie wielkość poszczególnych powiatów w Galicyi i niedostateczne ich zaopatrzenie w publiczną służbę zdrowia.

Autor opisuje walkę z epidemiami po wsiach, który to opis przytaczamy dosłownie: »Do starostwa wpływa doniesienie o wybuchu choroby zakaźnej. Doniesienie to jest zazwyczaj spóźnione, bo zwykle upływa kilka dni od zachorowania pierwszego dziecka do chwili, kiedy o tem dowie się naczelnik gminy, potem zaś znowu mija kilka dni, aż doniesienie dostanie się do lekarza powiatowego, i aż ten przybędzie na miejsce. Przez ten czas powstają w gminie liczne ogniska choroby, co przy chorobach zakaźnych dzieci zazwyczaj szybko następuje. Lekarz odwiedza naprzód, często wśród poważnych trudności, wszystkie chore dzieci, następnie osoby podejrzane co do choroby, bada chore dzieci, powtarza wielokrotnie to samo pouczenie, dowiaduje się dokładnie o stanie zdrowia dziatwy szkolnej, bada w urzędzie parafialnym księgę zmarłych, a u oglądacza zwłok kartki śmierci, sprawdza dodatkowo dalsze późniejsze doniesienia, które dotychczas nie doszły do wiadomości naczelnika gminy, przepisuje potrzebne leki, objaśnia naczelnikowi gminy wydane zarządzenia policyjno-sanitarne, wręcza mu je na piśmie; naczelnik gminy słucha tego wszystkiego z pozornem skupieniem, — a zaledwie zmordowany i wyczerpany lekarz powiatowy się oddalił, zawiesza się całą akcyę ratunkową na najbliższych siedem dni z całym spokojem. Naczelnikowi gminy staje się cała epidemia natychmiast po odjeździe lekarza zupełnie obojętną, gdyż inne sprawy gminy albo jego własne roboty polne są dlań o wiele ważniejsze; dzieci z zakażonych domów bawią się razem z innemi na pastwisku, sąsiedzi i krewni odwiedzają chorych, rodzice i rodzeństwo chorych spokojnie przychodzą w niedzielę do kościoła i biorą udział we wszystkich zebraniach w gminie, — jednem słowem panuje w gminie sielankowa swoboda, bez względu na szerzenie się choroby i coraz liczniejsze pogrzeby. Tylko szkoła, której dotychczas nie zamknięto, czuwa, oczekując chętnie tego zarządzenia — i zapisuje skrupulatnie liczbę dzieci nie uczęszczających do szkoły z powodu choroby, w nadziei, że lekarz wreszcie zastosuje ten środek zapobiegawczy. — Żywy ruch rozpoczyna się w gminie wtedy, gdy spodziewane jest ponowne przybycie lekarza. Na drzwiach przytwierdza się kartki z ostrzeżeniem o panującej w domu chorobie zakaźnej, dzieci zatrzymuje się w zakażonych domach, mieszkania, w których choroba już wygasła, oczyszcza się bardzo powierzchownie. Tak robi się wszystko tylko dla pozoru, bez wszelkiego zapału, bo też bez wszelkiego przeświadczenia. Ze wszystkich chorób zakaźnych obawia się ludność wiejska tylko duru, natomiast inne choroby zakaźne a nawet śmierć dzieci uchodzą za dopust boży, któremu należy się poddać. Nie przeczę, że istnieją wyjątki, ale są one rzadkie. Jeżeli się uwzględni, że przeprowadzenie zarządzonych środków policyjno-sanitarnych powierza się osobie, która tej sprawy zupełnie nie rozumie i nie uznaje jej konieczności, to nie należy się dziwić, że epidemie chorób zakaźnych dziecięcych w naszym kraju nigdy nie wygasają i czynią wśród dzieci tak wielkie spustoszenia«.

Dla zapobieżenia tej wielkiej śmiertelności dzieci radzi autor zwalczanie zła u podstawy. Ponieważ śmiertelność osesków jest u nas dlatego tak znaczną, że ludność niema zupełnie wyobrażenia o higienie oseska, przeto należy ludność w tym kierunku pouczyć. Doświadczenie wykazuje, że rozdawanie broszur i pism ulotnych jest zupełnie bezowocne. Jedynie żywem słowem możnaby osiągnąć dodatnie wyniki, a to żywe słowo powinny nieść między lud osoby, z ludu pochodzące i między tym ludem stale mieszkające. Zdaniem autora jedynie powołane do tej pracy uświadamiającej są egzaminowane akuszerki wiejskie. Należałoby zatem zaprowadzić naukę o higienie oseska jako obowiązkowy przedmiot dla kandydatek na akuszerki. Na kursie tym możnaby też uczyć udzielania pierwszej pomocy przy nagłych zasłabnięciach dzieci. Akuszerki, już obecnie praktykujące, należałoby wysyłać grupami na naukę o pielęgnowaniu niemowląt i dzieci. Przy wszystkich starostwach powinni znajdować się egzaminowani sanitaryusze. Zadaniem takiego sanitaryusza, eksponowanego w zakażonej gminie, byłoby zasięganie wiadomości o nowych przypadkach choroby, zarządzanie i dopilnowywanie odosobnienia chorych, ewentualne udzielanie opieki chorym, doglądanie, ażeby były przestrzegane wszystkie przepisy lekarza co do zapobiegania zanieczyszczeniu studzien i ścieków, strumieni, co do odosobnienia zakażonych domów, odpowiedniego grzebania zwłok, przeprowadzania dezynfekcyi i t. d. Dr Weinsberg.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 29. kwietnia 1913.

1) Lorentowicz: **O leczeniu włókniaków i krwawień macicznych promieniami Roentgena.** Własnych przypadków prelegent miał 10 (9 przypadków włókniaka i 1 przypadek obfitych krwawień miesiączkowych). Z 9 przypadków włókniaka 5 pozostaje jeszcze w leczeniu, w 1 wynik jest dotąd ujemny mimo 4 seryi naświetlań i ogólnej dawki 40 H. Z 3 przypadków włókniaków wyleczonych, w pierwszym, u chorej lat 50, ustąpiły krwawienia po 6 seryach naświetlań i ogólnej dawce 125 H.; okres leczenia trwał 3 miesiące. W drugim przypadku u chorej lat 52, krwawienia ustały po 3 seryach i 56 H. W trzecim — u chorej lat 46 (włókniak podśluzowy o szerokiej podstawie) nastąpiło wyleczenie po 5 seryach naświetlań i ogólnej dawce promieni 85 H. W czwartym wreszcie przypadku obfitych krwawień macicznych u kobiety 40 letniej udało się opanować krwawienie po 5 seryach naświetlań i 70 H. W 4 przypadkach włókniaków (2 wyleczonych i 2 będących jeszcze w leczeniu), prelegent stwierdził wyraźne zmniejszenie się guza. Objawów ujemnych naświetlania, oprócz uczucia zmęczenia, lekkiego kłucia w dole brzucha i krzyża oraz parcia na mocz, L. nie spostrzegał. — Z piśmiennictwa, które prelegent szczegółowo przytoczył, widać, że liczba pomyślnych wyników naświetlania wzrasta w miarę postępu techniki i odpowiedniego dawkowania promieni. Oczywiście, rentgenoterapia nie wypowiedziała jeszcze swego ostatniego słowa; sądząc z prób i doświadczeń, spodziewać się należy, że zakres stosowania promieni X z każdym rokiem będzie się rozszerzać. Obecnie można już ustalić fakty następujące: Rentgenoterapia ginekologiczna jest jedną z najpoważniejszych zdobyczy lecznictwa ginekologicznego w ostatnim lat dziesiątku. Naświetlanie promieniami X zdobyło już zupełnie jedną dziedzinę chorób kobiecych, mianowicie krwawienia okresu przekwitania z obecnością włókniaka lub bez niego. Co się tyczy dawek średnich, można osiągnąć ten sam skutek, wprawdzie w nieco dłuższym okresie czasu. Naświetlanie promieniami X przy stosowaniu średnich dawek i odpowiedniem zabezpieczeniu skóry jest metodą zupełnie bezpieczną. Stosowanie promieni Röntgena w innych cierpieniach kobiecych, jak mie-

siączkowanie bolesne, zmięknienie kości, zapalenia i guzy zapalne przydatków, a także w przypadkach włókniaków i krwawień u kobiet młodych wymaga dalszych doświadczeń. We wszystkich przypadkach nieprawidłowych krwawień międzymiesiączkowych należy przed naświetlaniem zbadać śluzówkę oraz wnętrze jamy macicy. Gdyby, jak mówi Bumm, operacye włókniaków dawały 100% wyleczeń, a naświetlania nie więcej nad 50%, to i wtedy należy wpierw zastosować naświetlanie, aby oszczędzić chorej męki moralnej przed operacyą i bólu fizycznego po zabiegu.

W dyskusyi a) Skabowski nadmienia, że osobiście stosuje ilość promieni większą, niż Albers-Schönberg i nie widział ani razu uszkodzeń późnych (20 spostrzeżeń, sięgających 1 ½ roku). Stosowanie ścisłe metody Gaussa (wysokich dawek) uważa za ryzykowne. Naświetlanie powinno się robić co najmniej na 2 tygodnie przed peryodem. Najodpowiedniejszym i najlepiej poddającym się leczeniu jest wiek powyżej lat 45; u osób młodszych poprawa jest rzadka, a liczba naświetlań bardzo duża. — b) Kryński wyraża zdanie, że naświetlanie promieniami X stanowi w leczeniu włókniaków macicy pożądane uzupełnienie metody operacyjnej, która jednakże w postaci nie, zarzuconego dziś, trzebienia, lecz jako amputacya macicy jest obecnie postępowaniem zasadniczem, najracyonalniejszem, prowadzącem najprościej do celu, najbardziej umotywowanem i dającem w rękach dobrych chirurgów wyborne, bo do 100% wyleczeń wynoszące wyniki. — c) Kozerski potwierdza wyniki, otrzymane przez prelegenta, i przytacza 2 własne przypadki z ostatnich czasów pomyślnego wyniku po stosowaniu promieni X, dotyczące włókniaków macicy. — d) Drozdowicz jest tego zdania, że dalszy rozwój metody rentgenoleczniczej zależeć będzie od określenia najmniejszej dawki, dostatecznej do wywołania pożądanego skutku leczniczego. D. nie przekraczał nigdy 25 H. w ciągu jednej seryi; 3—5 seryi dawały zwykle wynik dodatni. Z własnego doświadczenia podkreśla nieodpowiedniość dla omawianej metody włókniaków podśluzowych. — e) Grudziński sądzi, że zasadniczo stosować należy dawki małe, jednak w przypadkach nagłych, grożących życiu chorych, oddawać należy pierwszeństwo metodzie doszczętnej Gaussa. — f) Judt twierdzi, że promienie X stanowią środek nader skuteczny w ginekologii. Z 53 własnych przypadków miał do tej pory przeszło 70% wyleczeń i znacznej poprawy. Obecnie nie obowiązuje już zasada dawek jak najmniejszych, chociażby dlatego, że mała ilość promieni X wywołuje niekiedy efekt biologiczny ujemny (podnieca bujanie komórek nowotworowych).

2) H. Ruppert: **O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania kąpieli solankowych, nasyconych kwasem węglowym.** Kąpiele nasycone kwasem węglowym działają podniecająco na układ nerwowy, szczególniej drogą odruchową na układ nerwu błędnego; przez rozszerzenie skórnych naczyń włoskowatych zmniejszają opór dla krążenia krwi na obwodzie, wzmagają pośrednio ciśnienie w układzie tętniczym, jednocześnie zaś powiększają amplitudę oddechową i skuteczność rozkurczów i skurczów mięśnia sercowego; działają więc dodatnio na sprawność układu krążenia krwi i narządu oddechowego. W cierpieniach układu krążenia kąpiele będą o tyle skuteczniejsze, o ile układ nerwowy chorych jest zdolny do mniej lub więcej prawidłowego oddziaływania na bodźce drażniące (CO_2) w kąpieli, o ile siła rezerwowa mięśnia sercowego okaże się dostateczną do usilniejszej pracy, a stan przewodów krwionośnych jest niezbyt zmieniony. W tych razach kąpiele działają na podobieństwo ostrożnej gimnastyki mięśniowej, co pozwala usunąć środki sercowe. Prelegent omówił sposób przyrządzenia kąpieli solankowych, nasyconych CO_2, w zakładzie Ciechocińskim. Z ogólnej liczby 1058 chorych, leczonych przez prelegenta kąpielami kwasowęglowymi w ciągu ostatniego dziewięciolecia, przypada: na stwardnienie tętnic 407, wady serca 147, nerwice serca 91, otyłość 128, niedokrwistość 57, żylaki 52, okres przekwitania 42; pozostałe przypadki tyczą się chorych, leczonych kąpielami CO_2 przypadkowo lub dodatkowo. Wymienione liczby uwydatniają właściwe wskazania do stosowania kąpieli kwasowęglowych. Do przeciwwskazań prelegent zalicza: wybitną niedomogę mięśnia sercowego, stałe nadmierne ciśnienie w układzie tętniczym, częste napady dusznicy bolesnej, wybitne stwardnienie tętnic mózgowych, zapalenie nerek, nadwrażliwość układu nerwowego (wagotonia), rozedmę płucną, blednicę i tętniaki.

W dyskusyi a) K. Ciągliński zwraca uwagę, że zdania autorów co do wpływu kąpieli kwasowęglowych na ciśnienie krwi nie są jednobrzmiące, jednakże większość stwierdza podnoszenie się ciśnienia i dlatego z tym objawem liczyć się należy. Wogóle należy chorych ściśle obserwować, gdyż zdarzały się groźne objawy po kąpieli kwasowęglowej u ludzi, napozór kwalifikujących się do tego leczenia i czujących się w samej kąpieli zupełnie dobrze; C. przytacza taki przypadek z własnej praktyki. — b) Arnstein przypomina, że według rozmaitych autorów wpływ kąpieli CO_2 na ciśnienie krwi jest zjawiskiem niestałem; pierwszorzędną natomiast rolę w działaniu leczniczem odgrywa mniej lub więcej silne przekrwienie skóry pod wpływem kąpieli. Głównem wskazaniem do stosowania kąpieli CO_2 są wady zastawkowe serca w początkowym okresie zaburzenia wyrównania; lecz w wielu postaciach stwardnienia tętnic można osiągnąć pomyślne wyniki, a nawet dusznica bolesna nie może być przeciwwskazaniem do ich użycia; tętniaki i stwardnienie tętnic mózgowych A. uważa za bezwzględne przeciwwskazanie; również do przeciwwskazań zalicza wady zastawkowe dobrze zrównoważone (t. zw. leczenie zapobiegawcze). — c) Pawiński widzi wskazania do kąpieli kwasowęglowych przedewszystkiem w zaburzeniach krążenia, w których ciśnienie tętnicze jest zmniejszone, a czynność serca osłabiona, pod warunkiem jednak, że ustrój posiadać będzie siłę dostateczną dla przeciwdziałania odczynowi, jaki kąpiele te w obiegu krwi wywołują. Wśród przeciwwskazań na pierwszem miejscu P. stawia znaczne zwiększenie ciśnienia tętniczego; należy unikać tych kąpieli w przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu nerek, w stwardnieniu drobnych tętnic z następczym przerostem serca, zwłaszcza, jeśli przypuszczamy istnienie zmian miażdżycowych w tętnicach mózgowych. Należy być bardzo oględnym z użyciem kąpieli kwasowęglowych w przypadkach niedomykalności zastawek aorty, zwłaszcza w okresie wyrównania, z powodu znacznych wahań w ciśnieniu krwi. U niektórych chorych występują objawy silnego pobudzenia nerwowego po kąpieli. Również wielką oględność zachować należy co do kąpieli CO_2 w dusznicy bolesnej, jeśli istnieją objawy wysokiego ciśnienia lub niedomogi serca. — d) Na pytanie M. Jackowskiego, w jaki sposób prelegent tłómaczy złe wyniki po kąpielach kwasowęglowych w blednicy, Ruppert odpowiada, że fakt ten wyjaśnić można jedynie nieznoszeniem tego zabiegu.

Tadeusz Borzęcki.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie zwyczajne d. 27. II. 1913 r.

Obecnych członków 31. Prezes Knothe.

A. Nowiński: **O płonicy.** Przytoczywszy wszystkie teorye, wypowiedziane dla wytłumaczenia popłoniczego zapalenia nerek, prelegent dłużej zatrzymuje się na nowych poglądach co do istoty samej płonicy, oraz co do jej powikłań. Pospischill i Weiss uważają płonicę za chorobę »sui generis«, wywoływaną przez nieznany nam zarazek, który całemu obrazowi chorobowemu nadaje swoisty charakter. Toteż wszystkie późniejsze powikłania, wśród których zapalenie nerek odgrywa pierwszorzędną rolę, uważają oni nie za powikłanie w ścisłem znaczeniu tego słowa, lecz

jako wtórny okres tego samego pierwotnego zakażenia płoniczego. Schick znowu wszystkie powikłania płonicy stara się objaśnić objawami allergii. Nakoniec Szontagh wypowiada zdanie, że zapalenie gardła (angina) i płonica są chorobami identycznemi, a tylko odczyn ustroju w obu razach jest odmienny. Omówiwszy szczegółowo wszystkie te poglądy, prelegent rozbieżność zdań tłómaczy tem, że poglądy te są wynikiem obserwacyi tylko klinicznych, przy których subjektywizm badacza odgrywa niepoślednią rolę, a więc dla przyjęcia lub odrzucenia ich potrzebne są jeszcze dalsze badania.

Dyskusya: a) R. Sokołowski: Jakie są własne zapatrywania referenta na wartość omawianych przezeń poglądów na istotę płonicy?

b) Łążyński: W jaki sposób tłómaczą sobie zwolennicy etyologicznej tożsamości płonicy z zapaleniem gardła (anginą) odporność, występującą przeciw nowym zasłabnięciom przez jednorazowe przebycie płonicy, podczas gdy, jak wiadomo, przebycie zapalenia gardła żadnej odporności co do powtórzenia się płonicy nie daje? Przytem za swoistością płonicy zdaje się przemawiać tak często zdarzające się przenoszenie tej choroby przez nader lekkie przypadki. Jeśli już mamy przyjąć identyczność obu zarazków, to w takim razie musielibyśmy się zastrzedz, że płonicę wywołuje zarazek, który nabrał większej jadowitości.

c) Piotrowski: Jeśli zechcemy utożsamić zarazek zapalenia gardła z zarazkiem płonicy, to w takim razie trudno nam będzie wytłómaczyć sobie epidemie płonicy, a także ochronne działanie szczepionki Gabryczewskiego.

d) Łowiniecki: Na ostatnim Zjeździe terapeutycznym w dyskusyi nad wartością szczepień ochronnych Gabryczewskiego zdania były podzielone. Jeden z obecnych tam lekarzy opowiadał, że jego własny syn zapadł na płonicę w kilka miesięcy po szczepieniu. Powikłania popłonicze zdarzają się częściej od powikłań po zapaleniu gardła. Przeciwko tożsamości wymienionych chorób przemawia między innymi fakt częstego występowania domowych epidemii zapalenia gardła, obejmujących względnie znaczną liczbę osób, z których przecież żadna nie dostaje płonicy. W Niemczech wcale nie lekceważą sobie płonicy, jakby to można sądzić ze wzmianki referenta. Łowiniecki od lat 5 stosuje w płonicy, mianowicie w ciężkich i średnio ciężkich przypadkach, wstrzykiwania surowicy Mosera z pomyślnymi na ogół wynikami. Zresztą wskutek przeprowadzonych ostatnimi czasami ulepszeń w metodach wyrabiania surowicy przeciwpłoniczej, surowica ta obecnie mniej niż dawniej daje niepożądanych objawów ubocznych. — Zastosowanie odpowiedniej dyety, ewentualnie leżenia w łóżku i wystrzegania się zaziębienia w okresie popłoniczym pomimo wszystkiego, co się teraz przeciwko temu uświęconemu tradycyą postępowaniu mówi i pisze, należy uważać za wskazane, chociaż oczywiście nie powinno się tego przeprowadzać bezmyślnie i szablonowo. Nie będziemy np. karmić wyłącznie mlekiem dziecka, które mleko źle znosi, ale nie mniej będziemy się wystrzegać dawania mu pokarmów drażniących nerki, a to dla tego, aby narządom, notorycznie mniejszą odpornością przeciwko jadowi płoniczemu się odznaczającym, dać jak najlepsze warunki do przeprowadzenia z nim walki.

e) Sągajło: Niema nic nieprawdopodobnego w przypuszczeniu, że zapalenie gardła i płonicę wywołuje tensam zarazek, z tą tylko różnicą, że dla powstania drugiej z tych chorób potrzebna jest większa jego jadowitość. Pedyatrzy paryscy przypuszczają, że należy rozróżniać dwie główne kategorye zapaleń gardła ze względu na etyologię, a mianowicie zapalenia błoniczej i płoniczej natury. To też twierdzenie Szontagha brać należy na seryo, a każde zapalenie gardła uważać za poważną chorobę. Wprawdzie płonicę przebywa się zwykle (nie zawsze, S. widział sam 4 przypadki powtórnego zapadnięcia na tę chorobę) raz jeden, na zapalenie gardła natomiast ten sam osobnik chorować może wielokrotnie; jednakże nic nie stoi na przeszkodzie poglądowi, że przebywszy raz owo schorzenie pod postacią płonicy, następnie przebywa się je pod postacią zapalenia gardła. Teorya, ustanawiająca analogię pomiędzy płonicą z jednej, a durem lub przymiotem z drugiej strony, trudno da się utrzymać, gdyż tu okresy następcze choroby są regułą, tam zaś występują w mniejszej tylko części przypadków. — Zresztą, jak wiadomo, nie wszyscy uważają płonicę za chorobę zaraźliwą. Tak np. w Londynie można widzieć w szpitalach chorych na płonicę, leżących bez żadnej izolacyi obok innych chorych, a niektórzy tamtejsi lekarze w praktyce prywatnej nie przeprowadzają odosobnienia, ograniczając się do dwukrotnego w ciągu dnia nacierania płoniczych chorych maścią eukaliptusową, oraz gazą, zwilżoną rozczynem kwasu karbolowego. — Co się tyczy dyety, to S. sądzi, że zupełne pozbawienie ozdrowieńców płoniczych mięsa równie mało jest uzasadnione, jak obawa przed alkoholem przy zapaleniu nerek.

f) Wojciechowski: Nikt nie widział piorunującego zapalenia gardła, płonice natomiast, zabijające chorego w ciągu 24 godzin, nie należą znowu do tak wielkich rzadkości.

g) Chomicz stwierdził, będąc lekarzem ziemskim, pomyślne działanie szczepionki ochronnej na wielkiej ilości przypadków. Surowica obecnie daje lepsze wyniki, niż dawniej, ponieważ wyrabiają ją w odpowiedniejszy sposób; że niekiedy przy stosowaniu jej zdarzają się przypadki śmierci, to jeszcze nie jest dostatecznym powodem do jej odrzucania, bo przecież stosujemy salwarsan pomimo tego, że także bywały po nim śmiertelne przypadki.

h) Januszkiewicz: Ten, kto chce mówić o identyczności zapalenia gardła i płonicy, nie powinienby czynić tego w stosunku do zapaleń gardła »en bloc«, lecz starać się wyodrębnić mniej więcej określoną grupę zapaleń gardła — takich właśnie, któreby się do utożsamienia z płonicą nadawały. Co się tyczy działania wyskoku na nerki, to doświadczenia Januszkiewicza wykazały, że alkohol w dawkach, zwykle używanych, na ogół nie zwiększa ilości ani białka ani postaciowych składników w moczu. J. oddawna już stosuje (przeważnie u starszych i u dorosłych, gdyż z małemi dziećmi w praktyce swej rzadko miewa do czynienia) w początkowym okresie płonicy wyskok w postaci miodu lub wina, przyczem każe wcierać w skórę oliwę. Postępowanie takie zalecali starzy lekarze w celu wywołania obfitszej wysypki, a za racyonalnością jego przemawiają wyniki badań Januszkiewicza nad alkoholem, które stwierdziły rozszerzające działanie wyskoku na naczynia skórne, a zwężające na naczynia nerek, co może ułatwić wydzielanie jadów płoniczych przez skórę, a uwalniać od nich nerki. Na niewielką co prawda ilość przypadków płonicy, leczonych w ten sposób od samego początku choroby (około 50), nie było ani jednego zapalenia nerek, dlatego też możeby warto czynić dalsze próby w tym kierunku.

i) Sielicki: Gdybyśmy wiedzieli, że paciorkowiec jest zawsze przyczynowym czynnikiem płonicy, to wówczas stosowanie ochronnej szczepionki Gabryczewskiego uważaćby należało za racyonalne, dziś jednakże jeszcze na pewno tego nie wiemy. Stosowanie surowicy przeciwpaciorkowcowej już dlatego samego nie jest do polecenia, że wydarzyć się mogą objawy anafilaksyi u osób, którym poprzednio wstrzykiwano inne surowice, np. przeciwbłoniczą.

j) Piotrowski: Jeżeli z teoretycznych względów zechcemy odrzucić szczepionkę ochronną przeciwpłoniczą, to z tych samych względów powinniśmy również odrzucić wszystkie inne szczepionki; zapewne szczepionka Gabryczewskiego nie ochroni od płonicy, jeżeli się ją wstrzyknie już w okresie wylęgania choroby, ale ta okoliczność nie przesądza jeszcze o jej nieskuteczności.

k) Piotrowska przypomina, że zarazka ospy także nie znamy, co nam nie przeszkadza do stosowania z powodzeniem szczepień ochronnych przeciwko tej chorobie.

l) Sokołowski: Jeśli zapalenie gardła i płonica jedno i to samo, z tą tylko różnicą, że zapalenie gardła wywołuje słabszy, a płonicę jadowitszy zarazek, to jak tłóma-

czyć sobie tę okoliczność, że przebycie drugiej z tych chorób nie uodparnia przeciwko pierwszej?

m) Sągajło, odpowiadając Wojciechowskiemu, zaznacza, że sam widział śmierć z zapalenia gardła na czwarty dzień. Podczas epidemii płonicy zaś nie tak rzadkie są przypadki śmierci na zapalenie gardła bez żadnej wysypki w ciągu 24 godzin. Co się tyczy ochronnych szczepień, to nikt nie może dowieść ich pożyteczności, natomiast jest rzeczą pewną i przyznaną podczas ostatniego Zjazdu terapeutycznego przez tych samych kolegów, którzy je stosowali, że wskutek nich dzieci umierały. Szczepionki ochronne stosuje się tylko w Rosyi, gdzie walkę z epidemiami wogóle prowadzi się w sposób zupełnie niedostateczny; w innych krajach nikt szczepionek nie używa. Przeprowadzanie szczepień na wielką skalę w rosyjskich ziemstwach uważa S. za pewnego rodzaju akt rozpaczy ludzi, chcących walczyć z epidemią, a nie mogących walki tej w inny, właściwszy sposób zorganizować. Co do surowicy, to dawniej uciekano się do niej częściej u nas, niż obecnie. Przypadki śmiertelne zdarzały się przy jej stosowaniu niejednokrotnie. Co się tyczy tożsamości zapalenia gardła z płonicą, to S. powiedział tylko tyle, iż z poglądami wypowiedzianymi w tej sprawie przez Szontagha należy się liczyć, a każde zapalenie gardła uważać za poważną chorobę. Problemat dotychczas nie jest ostatecznie wyjaśniony, a dyskusyę prowadzić można nad nim jedynie tylko na podstawie osobistych wrażeń. Z tego też powodu sądzi S., że ma prawo nie odpowiadać na interpelacyę kol. Sokołowskiego. W odpowiedzi kol. Piotrowskiej S. przypomina, że materyał do szczepień ochronnych przeciwko ospie bierze się z wykwitów ospy krowiej, której podobieństwo do ludzkiej odrazu wpadało w oczy.

n) Piotrowska: Podobieństwu temu, samemu przez się, nie zawdzięczamy szczepień ochronnych; do stosowania ich popchnęło Jennera dopiero spostrzeżenie, iż dziewczęta, dojące chore krowy, nie zapadały na ospę naturalną. Był to więc wynik nie teoretycznych rozumowań, lecz empiryi.

o) Reise uważa porównanie działania surowicy z działaniem salwarsanu za nieodpowiednie, gdyż przy stosowaniu salwarsanu wprost uderza w oczy ustępowanie objawów kiłowych, tak, że nie można wcale wątpić o jego skuteczności.

p) Gilewicz: W Żeleznowodsku podczas ubiegłego sezonu wybuchła epidemia płonicy. Na kilku posiedzeniach lekarzy sezonowych roztrząsano sprawę szczepień ochronnych, wypowiadając na ogół zdania dość sceptyczne co do ich działania. Pomimo tego zarząd kąpielowy sprowadził szczepionkę i rozpoczął jej stosowanie. Otóż z dzieci szczepionych, o których dalszych losach wiadomo Gilewiczowi, jedno zmarło na płonicę na miejscu w 10 dni po zaszczepieniu, z drugich dwojga, zaszczepionych i wywiezionych z Żeleznowodska, jedno również zmarło na płonicę. Statystyka ziemstw, dotycząca stosowania szczepionek, pomimo tego, że operuje olbrzymiemi cyframi, realnej wartości nie przedstawia, a jak słusznie zaznaczył Sągajło, uprawnia ona jedynie tylko do stwierdzenia, że tyle a tyle tysięcy dzieci szczepiono, ale nic ponadto.

r) Wojciechowski odpowiada Januszkiewiczowi, że w początkowych okresach płonicy stara się wywołać rozszerzenie naczyń skórnych podawaniem środków napotnych; wina u dzieci unika.

s) Sągajło sądzi, że smarowanie całej skóry dziecka tłuszczem może upośledzić jej czynność, tak ważną dla ustroju, zwłaszcza przy płonicy, woli więc zastępować tłuszcz octem, lub poprostu wycierać skórę suchą flanelą. Co się tyczy wina, to z początku S. je podawał, później zaprzestał pod wrażeniem, iż powiększa ono niepokój i podniecenie chorych.

t) Nowiński: Według Szontagha jedynie usposobienie rozstrzyga o tem, czy dany osobnik zapadnie na płonicę, czy też na zapalenie gardła. Tak np. płonica zjawia się częściej w pewnych porach roku, wiosną i jesienią, kiedy wogóle wskutek częściej wówczas występujących naziębień zmniejsza się odporność dziecięcego ustroju. W szpitalach, w których niema oddziałów izolacyjnych dla płonicy, często jednocześnie z tą chorobą występuje zapalenie gardła. Ryzykowną rzeczą w teoryi Szontagha jest odrzucenie zaraźliwości płonicy jako takiej. Przeciwko jego teoryi przemawia dużo względów, za nią tylko to, że często trudno odróżnić płonicę od zapalenia gardła, oraz że obie te choroby mają dawać te same powikłania.

u) Hoffman: Podobne powikłania dają też inne choroby.

w) Nowiński: Liczba lekarzy, wierzących, że za jedyny czynnik chorobotwórczy płonicy uważać należy paciorkowca, stale się zmniejsza. Przebieg płonicy nie zawsze i nie wszędzie bywa jednakowy. Tak np. we Francyi, a nawet w Wiedniu, przebiega ona na ogół łagodniej, niż u nas, i ta okoliczność znacznie zmniejsza dla nas wartość zamiejscowych klinicznych spostrzeżeń co do skuteczności pewnych zabiegów leczniczych. Nawrót płonicy referent widział raz jeden w tydzień po pierwszem zachorowaniu.

Osobiście referent skłania się raczej do zdania Pospischilla, iż płonica, to choroba swoista, wywołana przez bliżej nam nieznany zarazek. Popłonicze powikłania są właściwie dalszym okresem choroby i w ten sposób tłómaczył sobie ich znaczenie jeszcze Henoch, uważając np. popłonicze zapalenie nerek za taki sam dalszy ciąg płonicy, jakim, dajmy na to, będzie nawrót duru brzusznego w stosunku do pierwotnej choroby. Co się tyczy przypuszczalnie swoistego działania surowicy przeciwbłoniczej, należy też przypomnieć, że swojego czasu leczono płonicę wstrzykiwaniami surowicy przeciwbłoniczej, której skuteczność niektórzy lekarze chwalili, pomimo tego, że tam nie mogło już być mowy o swoistem działaniu. Szczepionek ochronnych poza Rosyą zupełnie nie stosują.

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 4 X. 1912 r.

1) Kol. Dr Wierzejewski przedstawia przyrząd, przez siebie zbudowany, celem umożliwienia pracy po amputacyi ręki. Do kikuta przytwierdza się pochewkę z klamrą tak zbudowaną, że może uchwycić zarówno noże, jak kosę i t. p. tak, że operowany może nietylko jeść, używając obu rąk, ale i pracować.

2) Kol. Dr Mieczkowski przedstawia a) **wola** wyłuszczonego u 34-letniego chorego na **chorobę Basedowa;** w przypadku tym tętno wynosiło 130—150, było wysadzenie oczu, objaw Stellwaga i drżenie ręki. M. operował w znieczuleniu miejscowem bez bólu, jedynie przy końcu operacyi powstała duszność. Lewy płat i węzina tarczycy zmienione w torbiel wielkości pięści. W przeciągu trzech tygodni po operacyi wszelkie objawy znikły. Następnie b) przedstawia M **stercz,** wyjęty u chorego z zupełnem zatrzymaniem moczu. Cystoskopował kol. Karwowski i stwierdził, że przerosła część sterczu wchodzi do pęcherza. Referent operował gruczoł krokowy wraz z częścią cewki. Obecnie chory mocz oddaje silnym prądem.

W dyskusyi a) kol. Dr Nowakowski wspomina, że w znieczuleniu miejscowem resekował szczękę przy raku, przyczem wstrzyknął po 2 gr. 0,5% nowokainy w nn. zębodołowy dolny, językowy i językowo-gardłowy. — b) Kol. Dr Karwowski zaznacza, że taki wól nadawałby się do rentgenizacyi, gdyby go nie można operować ze względu na narkozę. — c) Kol. Dr Wierzejewski. Przed Braunem metodę znieczulania szczęki wykonał prof. Cieszyński z Monachium (obecnie we Lwowie). — d) Kol. Dr Łazarewicz: Znieczulenie miejscowe coraz dalej się rozwija. W ginekologii można w znieczuleniu nerwu sromnego operować na kroczu, a nawet w macicy. — e) Kol. radca Dr Chłapowski:

Szwed Lennander od 12 lat wszystkie operacye brzuszne wykonywa bez uśpienia. — f) Kol. Dr Pomorski operował wola w chorobie Basedowa u kobiety po 4. połogu. Tętno wynosiło 140. P. wyjął z jednej strony cały płat, z drugiej podwiązał tętnicę tarczową górną. Tętno po operacyi stało się wolniejsze, ale po pewnym czasie znów objawy wróciły. Co do znieczulenia miejscowego, to P. próbował go u dzieci przy operacyach brzusznych, uważa je jednak za bardzo trudne. — g) Kol. Dr Mieczkowski: Przy laparotomiach miejscowe znieczulenie jest bardzo niedogodne, mianowicie, gdy trzeba w jamie otrzewnej szukać schorzałego miejsca. Osoby nerwowe i przeczulone zupełnie się nie nadają do znieczulenia miejscowego.

3) Kol. Dr Gantkowski mówił **o III. Zjeździe przeciwalkoholowym we Lwowie.** Nowoczesny ruch przeciwalkoholowy różni się od dawniejszego przez to, że zajmują się nim naukowo lekarze. Początek jego wyszedł przed 50 laty z Ameryki z podłoża społeczno-ekonomicznego. Robotnik zauważył szkody, wyrządzone przez wyskok i zaczął z nim walczyć, potem zabrali się do tego socyolodzy. Za Ameryką poszła Anglia, gdzie powstały potężne organizacye dla młodzieży i dzieci. Najwidoczniejsze są wyniki tego ruchu w Finlandyi i Skandynawii, gdzie stosunki wskutek pijaństwa były opłakane. W Polsce najprzód powstał ruch w Galicyi, gdzie bardzo pomyślnie się rozwija; Królestwo ma swe organizacye dla młodzieży, w Wielkopolsce istnieje »Wyzwolenie« i »Związek księży abstynentów«. Należy strzedz się w walce z alkoholem fanatyzmu, ale lekarz, który ruch taki prowadzi, musi być sam abstynentem. Mowca zdaje sprawę z wykładów, wygłoszonych na Zjeździe i poświęca kilka gorących słów polskiemu harcerstwu w Galicyi.

Walne Zebranie z dnia 22. XI. 1912.

Na wstępie prezes radca Chłapowski podnosi fakt, że przed 24 laty właśnie wyszedł pierwszy numer »Nowin lekarskich«. Przechodzimy więc do roku jubileuszowego naszego pisma. Naszym obowiązkiem nie dać mu upaść. Mowca wzywa więc kolegów do popierania »Nowin« wszelkiemi siłami.

Na przewodniczącego Walnego Zebrania obrano kolegę Karasiewicza z Tucholi, na wiceprezesa kol. Przybyszewskiego z Inowrocławia.

1) Kol. Dandelski (z Torunia) przedstawia kilkaset gwoździ szewskich, śrub i t. p., które pewna kobieta połknęła w zamiarze samobójczym, a mimo to trzy tygodnie przebyła bez dolegliwości. D. wyjął wszystkie obce ciała, wśród nich dwie igły, które utkwiły w trzustce; obecnie operowana czuje się zdrową.

2) Kol. Pomorski przedstawia **potworniaka,** wyjętego u 6-letniej dziewczynki. Dziecko to zachorowało na krztusiec, wyleczyło się, potem nastąpił wysięk krwawy opłucnej z prawej strony. Wykonano resekcyę trzech żeber, przyczem natrafiono na guz, który okazał się rozdętem przez nowotwór osierdziem. W literaturze istnieje tylko 15 przypadków tego rodzaju. Dalej przedstawia kol. Pomorski b) chłopca z ciężką **gruźlicą stopy,** przeznaczoną pierwotnie do amputacyi; leczenie zachowawcze jednak po wyskrobaniu dało dobry wynik. W końcu pokazuje c) **wyrostek robaczkowy**, usunięty u 27-letniej panny po przedziurawieniu z wynikiem pomyślnym.

3) Kol. Nowakowski przedstawia a) **raka,** wyjętego z pod języka w znieczuleniu miejscowem przez resekcyę czasową szczęki z wynikiem pomyślnym; b) **ostrogę piętową** (Calcaneus-Sporn), którą po dłuższem leczeniu w szpitalach i t. d., wykazały dopiero promienie Roentgena; N. zastosował podeszwę filcową.

W dyskusyi a) kol. Łazarewicz zwraca uwagę na odnoszącą się do tego pracę w »Nowinach lekarskich«. b) Kol. Pawlicki wspomina o pracy z kliniki Biera, która ukazała się przed rokiem. Obecnie się ostrogi piętowej nie operuje, tylko daje się podeszwę filcową z dziurą w odpowiedniem miejscu.

4) Kol. Meissner przedstawia **preparat raka sieci.**

5) Kol. Jezierski przedstawia obmyślony przez siebie przyrząd do sondowania i wydobywania zawartości żołądka. Jestto wąż, przytwierdzony do bańki szklanej z otworem, który można palcem zamknąć, i gumową ssawką. Chcąc wydobyć sok żołądkowy, wyczuwa się palcem nacisk ssania, przez co się unika ew. wessania błony śluzowej.

6) Kol. Dandelski: **Chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc.** Na podstawie wykonanej przez siebie z dobrym skutkiem operacyi (resekcya 8 żeber z tyłu) rozpatruje mówca ten nowy sposób leczenia gruźlicy płuc. Dawniej próbowano resekcyi szczytów. Obecnie nie chodzi o doszczętne usunięcie chorej tkanki, lecz o unieruchomienie chorego płuca i stworzenie warunków do zagojenia potrzebnych. Ucisk żeber górnych wywołuje skłonność do usadawiania się gruźlicy w szczytach. Przed 40 laty już Freund proponował teoretycznie operacyę, którą pierwszy Kausch zastosował przed kilku laty. Harras rozszerzył wskazania na operacyę zapobiegawczą, po której następuje gimnastyka płuc. Kausch miał z 5 przypadków w trzech dobre wyniki, i to w tych, gdzie resekcya nie sięgała poza II żebro. Seidl miał dwa dobre wyniki.

Z zupełnie innego założenia wychodzi leczenie chirurgiczne całych płatów. Chodzi 1) o odmę sztuczną, 2) o tak zw. pneumolysis thoracoplastica. Unieruchomienie chorego płuca wywołuje zapadnięcie jam i lepsze ukrwienie płuca. Bezwzględne przeciwwskazanie tworzy gruźlica krtani. Należy się spodziewać, że wyniki będą coraz lepsze w miarę doświadczenia i udoskonalenia techniki. Odma sztucznie wywołana wpuszczeniem chemicznie czystego azotu do jamy opłucnej zupełnie nie jest niebezpieczna i daje dobre wyniki. Co do torakoplastyki, to stosuje się sposób Friedricha albo Wilmsa (którego użył mówca). Sauerbruch operuje dwuczasowo, najprzód górne żebra, potem dolne, by uniknąć niebezpieczeństwa aspiracyi.

W dyskusyi a) kol. Nowakowski radzi utrzymywać się w pośrodku między sposobem Wilmsa a Schedego, ponieważ sposób Wilmsa przy wielkich jamach nie wystarcza. — b) Kol. Pomorski wykonał resekcyę 10 żeber przy ropnem zapaleniu opłucnej u dziecka gruźliczego. Ropniak opłucny, trwający od lat trzech, wygoił się, a ubytki w żebrach zapełniły się kością po 4 latach. Drugi taki przypadek w 24 godzinach zakończył się śmiertelnie. — c) Kol. Pawlicki jest tego zdania, że przy gruźlicy płuc w pierwszej linii internista powinien wchodzić w rachubę. Tylko tam, gdzie nie pomaga ogólne leczenie, należy pomyśleć o chirurgicznem, które zresztą na razie znajduje się w okresie podobnym. Schede nie operował ze względu na gruźlicę, lecz ze względu na ropniaka opłucnej. — d) Kol. Dandelski: Sauerbruch również operował nie ze względu na gruźlicę, lecz z powodu jam oskrzelowych. — e) Kol. Kroll: Chodzi o to, żeby przy operacyi Schedego wyciąć bliznowatą opłucną.

7) Kol. Karasiewicz (z Tucholi) wygłosił obszerny referat o nowem prawie, dotyczącem ziemskich kas chorych.

Dr Adam Karwowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W dniu 18. VI. odbyło się zebranie internistów lwowskich, które: a) przyjęło statut Towarzystwa internistów polskich i regulamin Zjazdów internistów polskich; b) wybrało tymczasowy zarząd Tow., który ma spełniać obowiązki aż do powstania zarządu stałego na przyszłym Zjeździe internistów polskich; w skład zarządu tymczasowego weszli koledzy M. Franke, A. Gluziński, W. Pisek, J. Wiczkowski; c) zgodnie z wnioskami

innych ognisk naukowych polskich uchwaliło urządzić II Zjazd internistów polskich we Lwowie w drugiej połowie lipca 1914 r. W poczet członków nowozawiązanego Towarzystwa zapisało się ze Lwowa dotychczas 30 kolegów, tak, że ze zgłoszeniami kolegów z Krakowa, Łodzi i Warszawy liczba członków obecnie dochodzi już do 100. W tych dniach nowowybrany zarząd odbędzie posiedzenie celem ostatecznego ustalenia terminu II Zjazdu internistów polskich i referatów głównych na tymże Zjeździe i wybierze komitet miejscowy dla urządzenia najbliższego Zjazdu we Lwowie.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Malwina Kręglówna, rodem z Krakowa i p. Tadeusz Mieczysław Sokołowski z Wołynia.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. VI. do 28. VI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (obcych 6 † —), krztuśca 7 † —, ospy wietrznej —, płonicy 7 † 1 (2 † 2), odry 22 † 1, duru brzusznego 4 † 2 (1 † —), czerwonki 2 (1), róży 5 † 2 (1 † 1), tężca (2 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Do prof. Dmochowskiego we Lwowie wysłało liczne grono lekarzy warszawskich telegram następujący: »W imieniu licznego grona kolegów, oburzonych do głębi niesłychanym wybrykiem pewnego odłamu młodzieży lwowskiej, przesyłamy Ci, jako świadkowie Twych zasług naukowych i obywatelskich, wyrazy najgłębszego współczucia i życzenia wytrwania na stanowisku«. W tymsamym duchu wystosowały do prof. Dmochowskiego adresy: całe grono profesorów i docentów i całe grono asystentów Wydziału lekarskiego lwowskiego.

— Krytyka »Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego« w kilku czasopismach lekarskich polskich wywołała list otwarty Dr St. Kamieńskiego, z oświadczeniem, że składa redaktorstwo tego wydawnictwa. Zaznaczyć należy, że Dr Kamieński zdołał właśnie w r. b. doprowadzić do przyspieszenia wydawania »Przeglądu piśmiennictwa«, by usunąć opóźnienie, powstałe za redaktorstwa poprzednika.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 30. VI. do 7. VII. 1913 przypadków: ospy 2 † 2, płonicy 5 † 1, duru wysypkowego — † —, róży 1, czerwonki 1. Dr Trenkner.

Mianowani: prof. Dietrich z Charlottenburga profesorem anatomii patol. w Kolonii, prof. Kruse z Bonn profesorem higieny w Lipsku;

Dr fil. Kazimierz Funk, Warszawianin, szefem oddziału biochemicznego szpitala dla rakowatych w Londynie.

Zmarli: Dr Wilhelm Krongold, radca miejski, w 66 r. ż. w Krakowie.

Redakcya otrzymała: N. Cybulski: Zur Frage von der Anwendung des Saitengalvanometers in physiologischer Forschung. (Arch. f. d. ges. Physiol. 1913). — Serkowski: Wakcynoterapia. Zarys spółczesnego stanu wiedzy o istocie szczepień ochronnych i leczniczych. Z 2 tablicami i 35 fotogr. w tekscie. Warszawa 1913 str. 318. (Wydano z udziałem zapomogi kasy im. Mianowskiego). — Prof. Dr Józef Nusbaum-Hilarowicz: Rozwój świata zwierzęcego. Tom drugi. Embryologia ogólna. Warszawa 1913 stron 416. (Nakład Henryka Lindenfelda),. — Campbell: Spółczesna teorya elektryczności; przełożył i uwagami opatrzył Ludwik Silberstein. Warszawa 1913. str. 334. (Nakład Henryka Lindenfelda). — Jeleńska-Macieszyna: Über die in den vorderen Vierhügeln des Kaninchens entspringenden Bahnen. Akad. Umiej. Kraków 1913. — E. F. Fronczak: Annual report of the departament of health of the City of Buffalo N. Y. 1912.— Fronczak: Public health work in cities. Odb. »New York State Journal of Medicine«. 1913. — Mieczysław Sołtysik: Wspomnienia i wnioski z podróży i międzynar. Kongresu ginekologów w Berlinie 1912. Odb. »Tygodnik lek.« 1912. — Osiński: Badania nad epidemią gorączki powrotnej w Warszawie r. 1907. Warszawa 1911/12. — XXII. Sprawozdanie z czynności w r. 1912 krakowskiego Towarzystwa ratunkowego. — Higier: 1) Obecny stan nauki o stosunku układu nerwowego do narządów trawiennych. 2) Operacya Foerstera, Spitzyego i Stoffela w przypadku porażenia skurczowego i t. d. (Gaz. lek. 1913). 3) Z farmakodynamiki i patologii ogólnej układu wegetacyjnego (Med. i Kron. lek. 1913). 4) Foerster'sche Hinterwurzeldurchschneidung etc. 5) Epileptiforme Lähmungsanfälle ohne Krampf und apoplektiforme Hemitonen ohne Lähmung. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913). — Gliński: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności. (Now. lek. 1913). — Sterling Seweryn: Postaci kliniczne suchot płucnych. (Odczyty kliniczne. 1913).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. R. IV. Zesz. VII. (Monachium 1913, J. F. Lehmann). Cena zeszytu VII. 1 Mk. 75 f., całego rocznika 18 Mk. 40 f.

W tegorocznym zeszycie lipcowym, poświęconym ginekologii i położnictwu, znajdują się następujące rozprawy: Prof. Hoehne: O etyologii ciąży zewnątrzmacicznej, w szczególności ciąży jajowodowej. Doc. Bauereisen: Leczenie ciąży zewnątrzmacicznej. Behne: Nowsze postępy biologii położniczej. Linzenmeier: Ogólny przegląd postępów położnictwa i wreszcie Prof. Martin: Ogólny przegląd postępów ginekologii.

»Paris médical«, tygodnik, wydawany pod naczelną redakcyą prof. Gilberta przez księgarnię J. B. Baillière & fils (19 rue Hautefeuille) w Paryżu, poświęcił swój pierwszy zeszyt lipcowy wyłącznie chorobom serca. W zeszycie tym znajdują się następujące artykuły: Les maladies du Coeur et des Vaisseaux en 1913 (Revue annuelle), (Lereboullet i Heitz). — Sur quelques points de l'histoire anatomo-clinique de l'aortite abdominale et plus particulièrement sur la valeur sémiologique du signe de la pédicure, (prof. J. Teissier). — L'artérite rhumatismale, (E. Barie). — Le traitement des plaies des grosses artères et plus spécialement de celles qui sont produites par les balles de petit calibre, (H. Weiss). — Le régime diététique des affections cardio-vasculaires, (prof. H. Vaquez i Dr Th. Laubry).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LII. Kraków, dnia 19. lipca 1913 Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni chemicznej kliniki chorób wewnętrznych Prof. H. Eichhorsta w Zurychu.

Wpływ odżywiania na wydzielanie indykanu i indolu w moczu i indolu w kale.

Podał

Dr Wacław Moraczewski (Karlsbad).

Pomimo bardzo obszernej literatury, którą przejrzeć można w monografii Maillarda, zawartej w IX tomie »Słownika fizyologicznego«, wydawanego przez Ch. Richeta [1]) i potrochu zawartej w dziele G. Baara [2]) o indykanuryi, nie mamy dokładnego pojęcia o zależności indykanu od indolu kału. Dlaczego przy tejsamej ilości białka ilość indykanu bywa różna, tego dokładnie nie określają ani zwolennicy teoryi tkankowego, ani zwolennicy jelitowego powstawania indykanu. Mimo prac Fr. Blumenfelda, Fr. Rosenthala, C. Lewina i wielu innych zwolenników tkankowego pochodzenia, trzeba wyznać, że poważnych dowodów tego pochodzenia niema — i szkoła Jaffego z Ellingerem, Scholzem, Gorterem, łatwo wykazała braki tamtej teoryi. Ale swojej mimo to nie ugruntowała, bo chociaż osobiście skłaniam się bardziej do przyjęcia gnicia w kiszkach, jako jedynego źródła indykanu moczu, to przecież nie mogę bez żadnych objaśnień przyjąć tych bardzo różnych ilości, które się w przypadkach klinicznych zdarzają.

Musimy przedewszystkiem rozważyć, co jest przyczyną małej ilości indykanu: 1) czy zupełne pochłonięcie tryptofanu w kiszkach i brak tym sposobem materyału, podlegającego gniciu, 2) czy uniemożebnienie gnicia przez zakwaszenie zawartości jelit, 3) czy wreszcie pożywienie ubogie w białko i nie dające żadnych grup tryptofanowych.

Widzimy, że zachodzą tu dwojakiego rodzaju przyczyny, że ta sama ilość spożytego białka może się całkowicie wessać w jelitach cienkich i dać mało kału, mało indolotwórczego materyału, albo dając dużo kału, dużo materyału, może ta sama dyeta przez dodanie jakichś szkodliwych dla gnicia czynników do gnicia nie dopuścić. W pierwszym przypadku mamy wpływy jelit cienkich, w drugim sprawa zależy od kiszki grubej. Nie będę powtarzać, że prawie żaden z wymienionych autorów sprawy tej nie oświetlił, raczej zapytać się godzi, czy posiadamy środki zbadania tego lub innego stanu zawartości w jelitach.

O takiem badaniu myślał zapewne Brandeis [3]) mówiąc, że indykan w moczu zależny jest od »residu d'albumin«. Niestety sposobu oznaczania tej pozostałości białka Brandeis nie podaje. Potrochu sądzić o pozostałości można z ilości kału, z ilości azotu kału. Dokładniej jednak obliczyć się da pozostałość, jeżeli kał po oddestylowaniu indolu poddamy ponownemu gniciu. Jeżeli w tem drugiem gniciu znajdziemy dużo indolu, to możemy wnosić, że dużo białka niezmienionego przeszło do kiszki grubej. Ale i to nie da nam miary wessanej ilości i dlatego możnaby użyć oznaczenia ilości chlorków w kale, które jako lekko chłonne na równi z indolem wessać się powinny.

Rozpatrujemy zatem dwie możebności: 1) Mało indykanu i mało indolu w kale. Jeżeli białko nie jest szczególnie ubogie w grupy tryptofanowe, — a doświadczenia nasze ogłoszone w innem miejscu dowodzą, że prawie wszystkie białka zawierają tyle tryptofanu i indolu co sernik — jeżeli zatem pewna ilość indolu powstaćby musiała, to brak indykanu w moczu świadczy tylko o dobrem chłonieniu lub o dobrem spalaniu indolu. Takie dobre chłonienie zależne być może od sprawności soków i jelit i doprowadza do wyługowania kału, który w tych razach powinien zawierać mało chlorków i mało azotu, i który przy ponownem gniciu nie powinien dawać znacznej ilości indolu. Taki kał spotykamy przy dyecie mlecznej i tu powinniśmy mieć mało indykanu w moczu.

2) Jeżeli zaś przy tejsamej dyecie znajdujemy wiele indolu w kale, dużo azotu i chlorków, jeżeli ponowne gnicie daje dużo indolu, to możemy się spodziewać powiększenia indykanu, jeżeli przytem przypuszczamy, że chłonienie odbywa się prawidłowo, o czem świadczyć mają chlorki.

3) Wreszcie możemy przy ponownem gniciu znaleść dużo indolu, np. przy roślinnej dyecie i małą ilość indy-

[1]) Dictionnaire de physiologie. T. IX. Fascicule I. Felix Alcan, Paris.

[2]) Die Indicanurie, Dr Gustaw Baar, Wien—Berlin 1912. Urban und Schwarzenberg.

[3]) Brandeis. Compte rend. de la Societ. de biolog. T. 67. str. 234.

kanu objaśniać usuwaniem białka z jelit, mimo obfitego materyału indolotwórczego.

Mówiliśmy dotąd o prawidłowych warunkach gnicia. Nie brak przypuszczeń, że dyeta wpłynąć może na gnicie, że przez fermentacye kwaśne kał może stać się ubogi w indol. Coprawda są to tylko teorye, budowane bez cyfrowych dowodów. Że dodatek cukru do gnijącego białka gnicie przerywa, o tem wiedział już A. Hirschler [4]), to potwierdzają wszystkie moje doświadczenia nad sztucznem trawieniem białka, to wreszcie dowodzi i M. Bertrand [5]), który u królików karmionych marchwią indykanu nie znalazł, i Kraus [6]), który przez dodanie chleba do pożywienia mięsnego obniżał ilość indykanu. Czy jednak spostrzegane przy gniciu sztucznem wyniki dają się przenieść na sprawy jelitowe, o tem godzi się wątpić. Doświadczenia, które nad laktobacyliną w Instytucie prof. Becka wykonałem, przekonały mnie, że owa fermentacya jelitowa ilości indolu n i e z m i e n i a. Obecne i dawniejsze doświadczenia pouczają, że dodatek cukru do pożywienia nie wpływa na ilość indolu, albo może wpływ ten na czem innem polega, słowem trudno jest przypuścić, że istnieją środki, któreby gnicie w kiszkach hamowały. Takie środki, jak cukier, kwas itd. wessane bywają, zanim do kiszki grubej dojdą. Zresztą, gdyby cukry hamowały gnicie, to kał otrzymany przy dyecie cukrowej musiałby zawierać nienaruszony tryptofan, który przy ponownem gniciu dać musiał dużo indolu.

Są wreszcie przypuszczenia, że mimo obfitego pożywienia gnicie w kiszkach nie następuje z mechanicznych powodów. I tu musiałaby analiza wykazać powstałe białko, a ponowne gnicie daćby musiało indol. Zaburzenia w wydzielaniu trzustki mogą sprawić, że białko nie rozkłada się do tryptofanowych grup i mimo wielkiej ilości azotu indolu w kale nie będzie, bo nierozłożone białko trudniej gnije.

Widzimy z tego, ile rozmaitych powikłań zdarzyć się może i niech to usprawiedliwi nasze usiłowania rozjaśnienia tej niewdzięcznej sprawy.

Wszystko, co mówiliśmy dotąd, dotyczy samego gnicia w kiszkach. Pamiętać jednak należy, że nigdy cały wytworzony indol w moczu jako indykan nie występuje, że zarówno Ed. Wang [7]), jak Max Kaufman [8]) przy podawaniu indolu zaledwie 30—50% odnajdowali w moczu. Zatem wszelkie gnicie musi się liczyć i z tą sprawnością ustroju. Od czego ona zależy, o tem na razie mało nam wiadomo. Moje własne doświadczenia pozwalały mi utworzyć tylko przypuszczenia, które sprawdzić należało.

Do badań obecnych skłoniła mnie między innemi okoliczność, że dzięki nowej metodzie E. Herzfelda i K. Baura [9]) mamy możność oznaczania ilościowego indolu w moczu, albo raczej tego ciała, które odkrył w moczu Jaffe [10]). Ów indol moczu mógłby stać w związku z indolem kału albo z pochłoniętym przez kiszki tryptofanem. (C. d. n.).

---

[4]) A. Hirschler. Zeitschr. f. physiol. Chem. Tom 10.
[5]) M. Bertrand. Annales de l'Inst. Pasteur 1913. T. 27, p. 78.
[6]) Krauss. Zeitschr. f. physiol. Chem. T. 18.
[7]) Ed. Wang. Zeitschr. f. phys. Chem. B. 27, p. 557.
[8]) Max Kaufman. Zeitschr. f. phys. Chem. B. 71, p. 168.
[9]) E. Herzfeld et K. Baur. Zeitschr. f. inn. Med. B. 34. Nr 11, 1913.
[10]) Jaffe. Arch. f. exp. Path. u. Pharmacol. T. 59, p. 299.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. (Dyrektor: Prof. Dr Rosner).

Wyciągi z przysadki mózgowej w położnictwie i ginekologii

napisał

Dr Józef Schlank,

I. asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Raz jeden wstrzyknął w klinice naszej prof. Rosner pituitrynę w chwili, kiedy główka przerzynała się przez szparę sromową u rodzącej, która przy 3 poprzednich porodach w III okresie bardzo silnie krwawiła z powodu atonii macicy; za każdym razem musiano łożysko wygniatać sposobem Credego, a utraty krwi były bardzo znaczne. Tym razem po urodzeniu się płodu krwawienia nie było i okres III przebiegał zupełnie prawidłowo. Łożysko odeszło mniej więcej w $1/2$ godziny wśród silnych i bolesnych skurczów macicy, przyczem rodząca nie straciła więcej krwi, niż prawidłowo. Wynik ten wedle wszelkiego podobieństwa do prawdy trzeba przypisać pituitrynie.

Co do wywoływania porodu z końcem ciąży, do czego zachęcają swoimi dobrymi wynikami Hamm, Fries, Flattau, Gottfried, to nie mogę się opierać na własnem doświadczeniu, gdyż rozporządzam tylko jednym przypadkiem. Chodziło tu o ciężarną, dotkniętą zmięknieniem kości. Stosując pituitrynę pragnąłem osiągnąć dwa wyniki, t. j. spowodować poprawę stanu chorobowego (myśl propozycyi Neua) i wywołać poród. Nie powiodło mi się ani jedno, ani drugie. Mimo 10 dawek (2 razy dnia przez 5 dni) po 1·1 pituitryny, nie osiągnąłem żadnej poprawy co do zmięknienia kości i nie wywołałem skurczów macicznych. W przypadku tym 2 tygodnie przed terminem porodu wykonano w naszej klinice cięcie cesarskie sposobem Porro z dobrym dla matki i dziecka wynikiem.

Dla wywołania sztucznego poronienia nie stosowaliśmy w naszej klinice pituitryny ani razu. Fries-Hamm nie osiągnęli w takich przypadkach nigdy dobrego wyniku. Schiftmann radzi wstrzykiwać pituitrynę dopiero wtedy, kiedy drogi porodowe są tak rozszerzone, że jaje płodowe może odejść.

W jednym przypadku wstrzyknąłem pituitrynę przy niezupełnie dokonanem poronieniu, jednak bez skutku. W literaturze znane są przypadki, gdzie po wstrzyknięciu pituitryny przy poronieniu wyniki były zupełnie ujemne, a mianowicie spostrzegano tężcowy skurcz macicy i zamknięcie się poprzednio rozszerzonej szyi.

Raz jeden zastosowaliśmy pituitrynę w ciężkim przypadku niepowściągłych wymiotów (hyperemesis gravidarum) w IX. m. ks. w celu leczniczym. I tu mieliśmy wynik podwójnie ujemny, gdyż ani wymioty nie stały się rzadszemi, ani nie nastąpiło poronienie, mimo, że wstrzykiwaliśmy przez 3 dni dwa razy dziennie po 1·1 cm sz. wyciągu.

W ginekologii zaczęto stosować pituitrynę na podstawie przypuszczenia, że pomiędzy przysadką mózgową a jajnikami, jako gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu, istnieje działanie przeciwnicze (antagonistyczne). Bab sto-

sował pituitrynę jako środek ściągający przy obfitych krwawieniach miesiączkowych i w stanach zapalnych śluzówki macicy. W naszej klinice zastosowano 2 razy pituitrynę. Raz u chorej z przerostem śluzówki, która mimo wyskrobania dalej krwawiła. Krwawienie po dwóch wstrzyknięciach po 1·1 pituitryny zupełnie ustało. Drugi przypadek dotyczył dziewczyny 13-letniej, która po zgwałceniu przez 6 tygodni krwawiła z macicy nieporanionej. Po 3 wstrzyknięciach pituitryny krwawienie ustąpiło. Z tych dwóch przypadków nie wyprowadzono naturalnie żadnych wniosków. Stosowaliśmy też dwa razy wyciąg w przypadkach braku miesiączki, zachęceni wynikami Hella. I w tych przypadkach wynik był dobry, gdyż peryod pojawił się, ale i tu nie mogliśmy nabrać przekonania, że to się stało wskutek leczenia pituitryną.

W ostatnim czasie B. Klotz stosował pituitrynę w celu leczenia pooperacyjnego zapalenia otrzewnej z dobrym skutkiem. Pituitrynę wprowadzał śródżylnie w dawkach 1—2 gr. na 20 gr. rozczynu fizyologicznego soli. Zdaniem Klotza pituitryna przy zapaleniu otrzewnej przez to działa korzystnie, przynajmniej objawowo, że podnosi ciśnienie krwi, pobudza jelita do ruchu robaczkowego i zwiększa wydzielanie moczu.

W ostatnich czasach Walter Benthin stosował pituitrynę w celu odróżnienia prawdziwych bolów porodowych od bolów t. zw. ciążowych lub przepowiadających. Jeśli zastosował pituitrynę u ciężarnej z rzekomymi bolami porodowymi, wtedy nie spostrzegał żadnego skutku, natomiast przy prawdziwych bolach porodowych następowało zaostrzenie bolów.

Koch zastosował pituitrynę z bardzo dobrym skutkiem w celu leczenia uporczywych krwawień z macicy przy zapaleniu śluzówki macicy z równoczesnemi dużemi zmianami przydatków. Wstrzykiwał co drugi dzień w część pochwową 1 cm sz. — $^1/_3$ gr. pituitryny.

Nie ulega wątpliwości, że pituitryna posiada niezwykłe działanie podczas porodu. Przypadki, w których jej działanie jest ujemne, tłomaczą się, zdaniem mojem, w przeważnej części przypadków tem, że zastosowano ją w nieodpowiednim okresie porodu. Faktem jest, że z początku porodu wyciąg z przysadki albo nie działa wcale, albo bardzo słabo i krótko. Natomiast błędem byłoby twierdzić, że działanie pituitryny ogranicza się wyłącznie do drugiego okresu porodowego; nieraz spostrzegaliśmy bardzo energiczny wpływ tego środka na bole porodowe w drugiej połowie I okresu przyczem ujście zewnętrzne otwierało się szybko, a główka wśród parcia wyraźnie się obniżała. Ponieważ działanie pituitryny nie trwa długo, przeto wydarza się w przypadkach, w których użyto jej w I okresie porodowym, że skutek ogranicza się do rozwarcia ujścia i obniżenia części przodującej, co zwłaszcza w przypadkach ścieśnienia miednicy ułatwia lub zgoła umożliwia założenie kleszczy. W tych przypadkach d z i a ł a n i e p i t u i t r y n y d a s i ę p o r ó w n a ć z w y n i k i e m z a b i e g ó w p o ł o ż n i c z y c h p r z y g o t o w a w c z y c h, t. j. stwarzających warunki albo do dobrowolnego porodu, albo do zabiegu rozwiązującego.

W drugim okresie wstrzykujemy pituitrynę, gdzie nam chodzi o zakończenie porodu, po największej części ze względu na płód, rzadziej ze wskazania dla matki. W tych przypadkach pituitryna czyni często kleszcze wychodowe zbytecznemi i wskutek tego da się porównać z działaniem operacyi rozwiązującej.

Zastosowanie pituitryny w położnictwie ma swoje wskazania i przeciwwskazania, taksamo, jak wszystkie zabiegi.

Wskazania do użycia pituitryny dopatrujemy się tam, gdzie jest wskazanie do ukończenia porodu, i to albo wówczas, gdy poród przy prawidłowych oporach przeciąga się dla braku sił porodowych, albo, gdzie przy prawidłowych bólach opory są za duże (nieznaczne ścieśnienie miednicy).

Sam fakt długiego trwania porodu nie jest zdaniem kliniki położniczej krakowskiej wskazaniem do zastosowania pituitryny, taksamo, jak nie jest wskazaniem do operacyjnego rozwiązania. Musi więc wystąpić doraźne wskazanie ze strony matki lub płodu. Tu jednak wskazania do rozwiązania operacyjnego i do wstrzyknięcia pituitryny nie pokrywają się bynajmniej, — szczególnie w zakresie wskazań ze strony matki (pierścień skurczowy, nadmierne ciśnienie krwi [hypertensio gravidarum], rzucawka, zapalenie nerek, wada serca, stwardnienie tętnic). Pozostają ze strony matki: wyczerpanie z powodu bezsenności, braku odżywienia, które tak często dają wskazania do kleszczy, oraz obawa odleżyn i przetok, krwotok wewnętrzny, gorączka; ze strony płodu wskazania są te same, co dla kleszczy, czy jednak ciężkie omdlenie płodu nie jest przeciwwskazaniem, musi wyjaśnić przyszłość. Teoretycznie usprawiedliwiona jest obawa, że bardzo silne i długie bole przy krótkich przerwach mogą nieco ciężej omdlały płód doprowadzić do śmierci. I ja również miałem sposobność spostrzegać taki przypadek w klinice. Z powodu osłabienia bolów porodowych i złego tętna płodu, kiedy główka już stała w pochwie, wstrzyknięto 1·1 gr. pituitryny dla wywołania częstszych i silniejszych bolów porodowych w celu przyspieszenia porodu dla ratowania dziecka. W 8 minut wystąpiły bardzo silne i długie bole porodowe, które urodziły dziecko ciężko omdlałe. Dziecka tego nie zdołano docucić. Śmierć tego płodu trudno sobie wytłomaczyć; muszę się skłonić do przypuszczenia, że długi i silny ból już omdlałe dziecko doprowadził do jeszcze większego omdlenia. Jestto jedyny przypadek, który widziałem, i na podstawie tego jednego przypadku trudno coś stanowczego powiedzieć.

Dalszem wskazaniem do użycia pituitryny jest zmniejszenie krwotoku przy cięciach cesarskich. Tutaj wstrzykujemy bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym pituitrynę dlatego, by mięsień maciczny pobudzić do energicznego skurczu po szybkiem opróżnieniu macicy.

Trzeciem wskazaniem do wstrzyknięcia pituitryny w II okresie porodowym są te przypadki, w których na podstawie wywiadów istnieje obawa niedowładu mięśnia macicznego w III okresie porodowym, a przez to atonicznego krwotoku. Tu można kombinować pituitrynę z ergotyną. Prawdopodobnie pituitryna działa energiczniej i w sposób więcej zbliżony do fizyologicznego. Można jej więc użyć pod koniec drugiego okresu, a więc w czasie, w którym nie stosuje się ergotyny. Ergotynę można zastosować później.

Czwartem i ostatniem wskazaniem są wszelkie krwawienia atoniczne w III okresie porodowym. Obok pituitryny należy naturalnie zastosować i inne sposoby leczenia.

Parisot i Spire twierdzą, że tylko wyciągi z całej przysadki mózgowej mają własności fizyologiczne, a tem samem własności lecznicze. Niewątpliwie wyciągi z prze-

dniej gruczołowej części nie okazują tego działania, co wyciągi z tylnego płatu, czyli z części nerwowej. Mimo to z konieczności przyjąć należy, że część gruczołowa, a nie płat tylny, jest gruczołem o wydzielaniu wewnętrznem, za czem przemawiają obrazy histologiczne w ciąży i poza nią. Usprawiedliwioną więc wyda się myśl, że płat przedni nie jest tu bez znaczenia. Nasuwa się przypuszczenie, że wydzielanie płatu przedniego ulega w płacie nerwowym pewnej przeróbce, może pod wpływem jakiegoś fermentu, i że tak dopiero zmieniona wydzielina posiada w całej pełni działanie swoje fizyologiczne.

Piśmiennictwo. 1) Biedl A.: Innere Secretion. — 2) Bell: The British. med. Jour. 1909. XII. — 3) v. Bagger-Järgersen: Pituitrin als wehentreibendes Mittel. Zentrbl. f. G. 1911. s. 1305.— 4) Bab: Über einen durch Pituitrin günstig beeinflussten Fall von Osteomalakie. Zentrbl. 1911. s. 1378. — 5) Pituitrin als gynaek. Stypticum. 1911. Münch. med. Woch. — 6) Braun: Münch. m. Woch. 1912. Nr 16. — 7) Cohn A.: Münch. med. Woch. 1910. Nr 28. — 8) Frankl-Hochwart u. A. Fröhlich. Zur Kenntniss der Wirkung der Hypophysis. Wiener kl. Woch. Nr 27. — 9) Friess H.: Pituitrin als wehenerregendes und wehenverstärkendes Mittel. Münch. m. Woch. 1911. Nr 46. — 10) Foges A. u. Hoffstätter R. Zentrbl. f. Gynäk. u. Geburts. 1910. Nr 46. — 11) Fischer B: Münch. med. Woch. 1911. Nr 9. — 12) Fischer: Pituitrinwirkung in 50 Geburts-Fällen. Zentrbl. 1912. Nr 1. — 13) Frikner: Das Pituitrin u. seine wirksame Bestandteile. Münch. med. Woch. 1912. Nr 16. — 14) Gottfried: Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Zentr. f. G. u. G. 1911. Nr 14. — 15) Hofbauer: Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Zentr. f. G. u. G. 1911. Nr 4. — 16) Hamm A.: Über ein neues Wehenmittel. Münch. med. Woch. 1911. Nr 2. — 17) Hoffstätter: Die Therapie der Blutungen post partum. Zentr. f. G. u. G. 1911. s. 137. — 18) v. Herff u. L. Hell: Secacornin oder Pituitrin unter der Geburt. Münch. med. Woch. 1912. Nr 3. — 19) Hager A.: Pituitrin als Mittel zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Übertragung der Frucht. Zent. f. G. u. G. 1912. Nr 10. — 20) Hofbauer. Pituitrin u. Digitalis in der geburts. h. Praxis. Monatsch. f. G. u. G. XXXIV. H. 3. — 21) Hirsch: Pituitrin in der Geburtshilfe. Münch. med. Woch. 1912. Nr 18. — 22) Jäger F.: Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Münch. med. Woch. 1912. Nr 1. — 23) Krömer: Pituitrin als Vorbereitung zum Kaiserschnitt u. als Mittel gegen Wehenschwäche. Zent. f. G. u. G. 1911. Nr 39. — 24) Kehrer E. Wehentätigkeit des Hirnanh. Zentr. f. G. u. G. 1911. s. 1006. — 25) Klott B.: Münch. med. Woch. 1911. Nr 21. — 26) Neu: Münch. m. Woch. 1911. Nr 11. — 27) Neu: Archiv. f. G. u. G. 1908. — 28) Neu: Über einen durch Pituitrin günstig beeinflussten Fall von Osteomalakie. Zent. f. G. u. G. 1911. s. 1230. — 29) Nagy: Wehenerregung u. Wehenverstärkung von Pituitrin. Zent. f. G. u. G. 1912. s. 289. — 30) Pfeifer: Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Zent, f. G. u. G. 1911. Nr 22. — 31) Pel: Wiener klin. Woch. 1909. Nr 27. — 32) Ross: Extractum hypophysis als Mittel zur Anregung der Wehentätigkeit. Zent. f. G. u. G. 1911. Nr 31. — 33) Riedl: Pituitrin als Wehenmittel im Privathause nicht zu empfehlen. Münch. med. Woch. 1912. Nr 11. — 34) Schmidt: Über die Anwendung von Pituitrin u. Pantopon in der Geburtshilf. Gyn. Runds. 1911. s. 563. — 35) Stiasny: Eine neue Indikation zur Anwendung des Pituitrin. Gyn. Runds. 1911. 496. — 36) Schäfer: Erfahrungen mit Pituglandol. Münch. med. Woch. 1912. Nr 2. — 37) Stern: Wehenverstärkung u. Wehenerzeugung durch Pituitrin. Zent. f. G. u. G. 1911. — 38) Schiffmann: Pituitrin als wehenerzeugender Mittel. Wiener kl. Woch. 1911. Nr. 10. — 39) Zakrzewski-Antecki: Pituitryna i jej zastosowanie w położn. Przegląd chir. i ginek. T. VII. Z. II. 1912.

Oceny i sprawozdania.

Dr Eugeniusz Osiński. **Badania nad epidemią gorączki powrotnej w Warszawie r. 1907, oraz spółczesny stan wiedzy o tej sprawie chorobowej.** Warszawa 1912, stron. 220, z 1 rysunkiem kolorowym, 2 tablicami i 16 krzywemi.

Książka ta jest odbitką z »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« za rok 1911 i 1912. Autor bardzo skrzętnie zestawia wszystkie najnowsze spostrzeżenia i badania doświadczalne, poczynione przez najrozmaitszych autorów nad gorączką powrotną i w świetle tych danych przedstawia własne spostrzeżenia i cyfry, odnoszące się do epidemii gorączki powrotnej, która grasowała w Warszawie w roku 1907. Po wstępnych uwagach i ogólnych datach epidemiologicznych zatrzymuje się autor na obrazie klinicznym gorączki powrotnej i rozbiera poszczególne stałe i niestałe objawy tej choroby. Osobno omawia przebieg gorączki powrotnej u dzieci, reinfekcyę, postacie poronne i ciężkie, oraz zakażenia mieszane. Szczegółowo rozpatruje autor dyagnostykę kliniczną i serologiczną, omawia rokowanie i śmiertelność, oraz leczenie ze szczegółowem uwzględnieniem literatury i nowszych prac nad salwarsanem. Pracę tę cechuje bardzo znaczna sumienność spostrzeżenia i rzeczowość oraz realne oparcie się na faktach, a liczne tablice i zestawienia przyczyniają się w znacznym stopniu do podniesienia naukowej wartości tej monografii. Dr M. Blassberg.

Dr Josef Kowarschik. **Die Diathermie.** Berlin 1913. VI + 136 str.

W diatermii (termopenetracyi) używamy prądów o napięciu kilkuset wolt, sile do 3 amperów i o zmianie kierunku prądu 1—3 milionów na sekundę. Dzięki tej szybkości zmiany, prądy te nie wywołują podrażnień nerwowo-mięśniowych, a przebiegając przez ciało i pokonując opór tkanek, wywiązują w nich ciepło i jako takie są odczuwane.

Diatermię stosuje się: 1) miejscowo, 2) na całe ciało, i 3) jako t. zw. »elektrokoagulacyę« w chirurgii.

Do diatermizowania miejscowego używa się giętkich, zwilżonych słoną wodą elektrod, które powinny dobrze przylegać i nie mogą być odejmowane od ciała podczas zabiegu. W miejscu zastosowania prócz podwyższenia ciepłoty stwierdza się przekrwienie czynne i miejscową hyperleukocytozę. Diatermia posiada wybitną własność uśmierzania bólów, tak n. p. po diatermizowaniu stawu w stanie zapalnym znika bolesność i wywołane nią ograniczenie ruchów. Doświadczalnie przekonano się, że dwoinki wiewiórowe, przecinkowce cholery i pneumokoki, uprzednio wprowadzone do diatermizowanego później przez pół godziny stawu kolanowego królika, bardzo znacznie tracą na swojej żywotności. Do leczenia diatermią nadają się: zapalenia stawów i pochewek ścięgien (monarthritis i tendovaginitis rheum. ac. i subac., gonorhoic. ac. i traumatica); ostre napady dny, zapalenia okostnej, stłuczenia kości, bolesna kostnina po złamaniach kości; bóle mięśniowe (myalgiae) i nerwobóle, przełomy wiądowe; trudno wsysające się wysięki opłucne, dychawica oskrzelowa i dusznica bolesna, niektóre nie poddające się leczeniu wady serca (poprawa przez zwiększenie wydzielania moczu — Rautenberg); wiewiór cewki moczowej, podostre zapalenia najądrza; cierpienia przydatków macicy, nacieki około- i przymaciczne. Diatermię miejscową stosują też dla uczulenia tkanek nowotworowych przed naświetlaniem promieniami X.

Przez połączenie przyrządu do diatermii z t. zw. łóżkiem kondensacyjnem, kąpielą czterokomorową lub dużym solenoidem otrzymać możemy podwyższenie ciepłoty całego ciała. W pierwszem zestawieniu przy 3 amp. prądu spostrzegano u człowieka po 10—20 min. podniesienie ciepłoty w odbytnicy o 0·2—0·4° C. Przez rozszerzone naczynia skóry, obfite pocenie się, przyspieszenie tętna i częstsze oddychanie, duża ilość ciepła zostaje oddana na zewnątrz. Ciśnienie krwi z początku obniża się, później wraca do poziomu prawidłowego lub podnosi się. Wchłanianie tlenu i wydzielanie bezwodnika kwasu węglowego zmniejsza się; produkcya ciepła przez utlenianie częściowo zo-

staje zastąpiona przez ciepło diatermii. Na układ nerwowy działa diatermia uspokajająco, sprowadza pożądany sen. Dotychczas nie została wyzyskana do celów leczniczych; można od niej oczekiwać poprawy przemiany materyi w charłactwie i podobnych stanach.

Dla celów »elektrokoagulacyi«, »elektrokaustyki« lub »zimnej kaustyki«, używa się bardzo małych platynowych lub pozłacanych elektrod, które nie rozgrzewając się, wywołują martwicę niepożądanych tkanek. Metoda ta znalazła zastosowanie w małej chirurgii (pozostawia małą, płaską bliznę) i w usuwaniu dużych, nienadających się już do operacyi nowotworów. Spostrzegano też po elektrokoagulacyi szybkie zagojenie się długotrwałego owrzodzenia na palcu, wywołanego promieniami rentgenowskimi.

Książka Kowarschika jest pierwszą monografią o diatermii. Adolf Czajkowski.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Käsbohrer. **Miejscowe trwałe znieczulanie przy cierpieniach chirurgicznych, osiągnięte przez powierzchowne stosowanie leków.** (Inaug. Dissert. 1913. Monachium). K. głównie omawia skuteczne znieczulające działanie cykloformu w postaci zasypki lub maści 5—10%. Do tego leczenia nadają się następujące cierpienia: wrzody wszelkiego rodzaju, zwłaszcza wrzody goleni, szczeliny odbytu, rany zakażone, oparzenia, róża, guzy krwawnicze, odmrożenia, odleżyny, przetoki i t. p. Na ziarninę działa cykloform również korzystnie. Czasem spostrzega się po stosowaniu tego środka chwilowe podrażnienie ew. ból piekący, który prędko mija. Znieczulenie jednak jest potem bardzo długie. Natomiast nie działa cykloform pewnie na błonach śluzowych. Nawet w większych ilościach stosowany, nie wywołuje cykloform nigdy objawów zatrucia. K.

Kuhn. **Wlewania cukru, środek zapobiegający zakrzepom.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 122. I—II). Rozczyny cukru mają własność wstrzymywania krzepnięcia krwi. Ponieważ prócz tego cukier ma własności odżywcze, antytoksyczne i podnoszące ciśnienie krwi, przeto dodatek jego nadaje się znakomicie do wlewań rozczynu soli kuchennej, co zarazem zapobiega tworzeniu się zakrzepów np. po operacyach. Skład płynu do wlewań, polecony przez Kuhna, jest następujący: Dextros. 4,0. Natrium saccharat. Calcium saccharat. aa 0,04. Natrium chlorat. 0,85. Aq. dest. 100,0. K.

Perutz. **O mleczanie glinowym, nie rozkładającym się środku zastępczym octanu glinowego.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 23). Octan glinowy łatwo się psuje, podobnie alsol i alnerrol. Zamiast nich poleca Perutz mleczan glinowy (aluminium lacticum), środek równie dobrze działający, a trwały. Do okładów nadaje się w rozczynie ½—2%. Gdy sprawia palenie, trzeba go jeszcze rozcieńczyć. Nie jest trujący, rozczyn i po miesiącach pozostaje przeźroczysty; można go nawet gotować bez szkody. K.

Loewe. **O wszczepianiu skóry w miejsce plastyki wolnej powięzi.** (München. med. Wochenschrift, 1913, Nr 24). Z dotychczasowych materyałów, używanych do plastyki, największe wzięcie zyskała powięź, odkąd upadło dawniejsze zapatrywanie, że jest ona szczególnie skłonną do obumierania i zakażenia. Niestety nie zawsze możemy wziąć dość tej powięzi i to w najbliższem sąsiedztwie miejsca operacyi. Najodpowiedniejszym materyałem byłaby skóra, lecz tutaj znów wstrzymywała chirurgów obawa, że skóra w głębi się nie wgoi, a dalej, że nie można jej dokładnie odkazić. L. na podstawie swych doświadczeń i operacyi na ludziach zrywa z tym przesądem. Wszczepiał on z dobrym skutkiem skórę w głąb (przepukliny, łączenia ścięgien pasami skóry i t. p.). Skórę bierze z sąsiedztwa rany, zeskrobuje ją nożem od strony naskórka, a nożyczkami ze spodu uwalnia od tłuszczu, potem jodynuje i używa do plastyki. K.

Werner. **Leczenie nowotworów substancyami promieniotwórczemi.** (60 zebranie lekarzy Nadrenii. Bad Kreuznach. 1913, Maj). Stosujemy obecnie w leczeniu głównie emanacyę radu, mesotor i tor x, sole radu i mesotoru zewnętrznie, zaś tor x i emanacyę radu wewnętrznie (w postaci wstrzykiwań śródżylnych i śródnowotworowych). Dawniej stosowano wszystkie promienie, obecnie zaś promienie x stosuje się tylko wyjątkowo przy guzach owrzodziałych. Dawki znacznie się zwiększyły. Dawniej np. stosowano 20 do 30 mg. 2—3 godzin, obecnie 60—80 mg. tygodniami, a przy wstrzykiwaniach dawniej 1000—2000 M—E, obecnie 1—5 milionów M—E. Wysokie dawki mogą jednak wywołać poważne zaburzenia, jak limfopenię, zmiany w szpiku kostnym, ciężkie zaburzenia jelitowe, a nawet śmierć. Substancye promieniotwórcze działają na nowotwory, wywołując w nich zanik, rozpłynięcie (może wywołać przerzuty), zgorzel (może wywołać zatrucia, krwotoki). Przy rakach skórnych osiąga się 90% wyleczeń, przy nowotworach podskórnych 10—12%; przy nowotworach, dawniej uważanych za nieuleczalne, uzyskuje się w 10—12% poprawę, równą wyleczeniu. Zupełnego zniknięcia nowotworu nie należy jednak uważać za całkowite wyleczenie i trzeba zawsze mówić o polepszeniach, a nie wyleczeniach. K.

Hildebrand. **Przyczynek do chirurgii tylnej jamy czaszki na podstawie 51 operacyi.** (Arch. f. klin. Chir. 100 III.). Guzy śródmóżdżkowe cechują: bóle głowy, wymioty, tarcza zastoinowa, zawroty, pozamóżdżkowe zajęcie nerwu trójdzielnego, odwodzącego, twarzowego i słuchowego, zaburzenia artykulacyi, fonacyi, połykania. H. zaleca operacyę dwuczasową. Pierwsza w znieczuleniu miejscowem, następna w uśpieniu. Tak zwane surowicze zapalenie opon nie daje typowych objawów, wynik operacyjny bywa zwykle niezły. Wodogłowie wewnętrzne może także żywo przypominać guz móżdżku. Nieraz także trudno odróżnić klinicznie guz móżdżku od guza w płacie czołowym po stronie przeciwnej. Z własnych 51 przypadków u 28 chorych uzyskał H. wyleczenie bezpośrednie. Śmiertelność jednak jest jeszcze duża, a pewność rozpoznawcza mała. K.

Heitmüller. **O złamaniu szczęk i jego leczeniu.** (Tow. lek. Drezno. Marzec 1913). H. omawia złamania szczęki, wydarzające się przy nieoględnych wyjmowaniach zębów, dokonywanych złemi narzędziami (klucz, wiertacz Partscha i t. p.), dalej złamania t. zw. samoistne (kiła, nowotwory, gruźlica, zapalenie szpiku i t. d.) i urazowe. Badanie promieniami Röntgena ułatwia obecnie bardzo badanie i leczenie. Rokowanie przy współdziałaniu chirurga i dentysty jest obecnie bardzo pomyślne. Postrzały (na wojnie) szczęk, nawet karabinowe, wywołują zwykle strzaskania, które goją się trudniej. Co do leczenia podnosi H., że wszelkie opatrunki zewnętrzne mogą spełnić swoje zadanie jedynie w razie małego przesunięcia się kości i jako opatrzenie prowizoryczne. Szew kostny stosować trzeba przy dużem przesunięciu, w razie braku zębów (chociaż i wtedy można dobrze zapomocą szyn kauczukowych i umocowania do szczęki górnej utrzymać odłamki w należytem położeniu), dalej przy strzaskaniach na wojnie, a wreszcie, gdy dentysty nie ma. W przypadkach strzaskania na drobne odłamki wyjmuje się je i wszczepia w ich miejsce kość lub szynę aluminiową. Związywanie zębów może być stosowane tylko przez krótki czas, bo rychło dołącza się podrażnienie dziąseł i zęby stają się tkliwe. Przy robieniu szyn należy modelować je w razie złamania i przesunięcia według drugiej szczęki, by zwarcie pozostało potem dobre. Nadto używamy jeszcze do leczenia złamań żuchwy różnych równi pochyłych i saneczek, celem zesuwania odłamków w miejsce należyte. Nawet złamania zadawnione udaje się czasem leczyć w ten sposób. Leczenie złamań szczęki górnej jest znacznie prostsze. K.

Kuttner. **Obcięcie czy wycięcie migdałków.** (Med. Klinik, 1913, Nr 21). Co do znaczenia migdałków panują różne jeszcze zapatrywania. Jedni uważają je za narząd bardzo potrzebny, inni za źródło licznych chorób, jak gośćca, zapalenia nerek, wyrostka robaczkowego, płuc, spraw septycznych i t. p. Także co do leczenia migdałków schorzałych zdania są podzielone. Jedni polecają obcięcie, inni, zwłaszcza w nowszych czasach, zupełne wyłuszczenie, a są i tacy, którzy zadowalniają się leczeniem miejscowem w postaci wypalań, otwierania zaułków i zatok i t. p. K. stoi na stanowisku pośredniem i twierdzi, że w wielu przypadkach obcięcie, ale nie przyrządami automatycznymi, lecz nożem, oddaje zupełnie wystarczające usługi; natomiast wycięcie, zabieg większy i wywołujący poważniejsze kilkudniowe przypadłości, stosuje K. wtedy, gdy schorzenie migdałków pociąga za sobą poważniejsze cierpienie, migdały leżą głęboko i obcięcie jest niemożebne. Zaprzeczyć się nie da, że obcięcie daje zwykle zupełnie dobry wynik, a jest zabiegiem dla chorych bez porównania lżejszym. Leczenie zachowawcze migdałków stosuje się u chorych, bojących się operacyi, u krwawców, u chorych na serce i podupadłych w odżywieniu. K.

Bauer. **Postępy w klinice schorzeń gruczołu tarczowego.** (Beihefte zur Med. Klinik, 1913, V). W szczegółowej monografii omawia autor najnowsze zapatrywania na cierpienia gruczołu tarczowego. Zwraca więc uwagę na związek gruczołu z innymi gruczołami ustroju, wyniki całkowitego usuwania gruczołu. brak wrodzony lub stan zanikowy, schorzenia i t. p. Schorzenia dzieli autor nie według stopnia powiększenia gruczołu, względnie zwiększonej jego czynnności, lecz na t. zw. hypotyreozy, tyreotoksykozy, względnie dystyreozy, t. j. schorzenia, mające za tło wadliwe jakościowo, lecz nie ilościowo wydzielanie. Szczegółowo omawia autor zmiany krwi przy tych cierpieniach, matołectwo, obrzęk śluzowaty, wole, chorobę Chagasa (ostre zapalenie gruczołu epidemiczne), dalej stany infantylizmu, mongolizmu, matołectwa, geroderma genitodistrofico (wczesne starzenie się), dalej chorobę Basedowa i jej odmiany, następowe tyreozy (w ciąży, po trzebieniu, używaniu jodu, nerwowe) W końcu rozpatruje krytycznie dotychczasowe leczenie przy wspomnianych cierpieniach, jak organoterapię, leczenie operacyjne, klimatyczne, rentgenowskie, wpływ jodu i t. p. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Serkowski i Wiśniewski. **O bodźcach zakaźnych łuszczycy.** (Now. lek. 1913 zesz. 3). Autorowie uważają za właściwy bodziec łuszczycy wykryte przez siebie zarazki, przesączalne przez świece Berkefelda. Są to drobniutkie ziarenka, widzialne tylko ultramikroskopowo. Przesącz, otrzymany przez świecę Berkefelda i zgęszczony w woreczku kolodyonowym, wywołuje u ludzi typową łuszczycę. Przy ogrzewaniu przesączu zarazki giną; samoistnych ruchów nie posiadają. Ultramikroskopowo mają pewne podobieństwo do ciałek Paschena, znalezionych w pęcherzykach ospowych. W czasie przebywania łuszczycy dzieci nie są wcale odporne na nowe zakażenie i łatwo można zapomocą przesączalnego wyciągu wywołać nowe zakażenie. Okres wylęgania trwa 10—14 dni. H. S.

Bradfeld. **Zapalenia cewki nie wiewiórowej przyrody.** (Med. Klinik 1913 Nr 6). Przyczyny tej postaci zapalenia cewki mogą być chemiczne, mechaniczne, termiczne i bakteryjne. Zapalenia pochodzenia chemicznego mogą być wywołane przez środki zapobiegające zakażeniu przy spółkowaniu, także przez środki stosowane przy samym wiewiórze, jednak za długo i w zbyt znacznem zgęszczeniu. Wstrzykiwania kwasu karbolowego, sublimatu, nalewki jodowej i alkoholu również wywołują zapalenia cewki. Cechą charakterystyczną, a zarazem różniczkową jest to, że te zapalenia występują bezpośrednio po wstrzyknięciu powyższych środków, że więc niema okresu utajenia i że te zapalenia ustępują same, lub pod wpływem okładów. Mechanicznemi przyczynami zapalenia cewki bywają zranienia przez niestosowne cewnikowanie, dalej wskutek przejścia przez cewkę odłamków kamieni nerkowych i pęcherzowych spiczastych, wreszcie wprowadzenie celem masturbacyi różnych przedmiotów do cewki. Co do bakteryjnego pochodzenia, to znane są zapalenia i nieżyty cewki, wywołane przez spółkowanie z kobietą miesiączkującą lub cierpiącą na upławy; tu też należą nieżyty cewki i wycieki, pochodzące stąd, że w cewce usadowił się wrzód miękki lub twardy. Możnaby też tu zaliczyć śluzotok, pochodzący ze zbyt długiego podrażnienia płciowego, szczególnie u osobników, co przeszli wiewiór lub uprawiali samogwałt. Mondschein.

Portner. **Zwężenia cewki.** (Med. Klinik 1913 Nr 1—2). Przyczyną zwężenia bywa najczęściej wiewiór, rzadko uraz. Siedziba najczęściej przy opuszce cewki, przed częścią błoniastą, rzadko przy ujściu cewki. W części sterczowej zwężenia prawie nigdy się nie zdarzają. Należy zwężenie odróżnić przedewszystkiem od skurczów zwieracza, które pojawiają się u chorych nerwowych, alkoholików, onanistów. Za wprowadzeniem cewnika metalowego (Charriere 20) ustępuje skurcz, zwężenie zaś nie. Autor zaleca najbardziej powolne rozszerzanie zwężenia, rzadko szybkie, nader rzadko rozcięcie cewki. Instrumentaryum jego składa się ze świeczki z oliwką (Charriere 1—5 = bougie filiforme), dalej świeczki z oliwką jedwabną (Charriere 6—13). świeczki jedwabnej wewnątrz wypełnionej ołowiem, która, jako cięższa, jest tem skuteczniejsza, (Charriere 14—20), wreszcie zgłębników metalowych z długiem zgięciem Dittla (Charriere 19—26); zgięcia Guyona nie nadają się do zwężeń. Najpierw znieczula P. przednie części cewki, wstrzyknąwszy do niej 10 cm^3 2% rozczynu nowokainy z dodatkiem 10 kropel suprareniny, który zostawia przez 10—15 minut. By stwierdzić stopień zwężenia, wprowadza się najpierw świeczkę Nr 14, jeśli zaś ona nie przejdzie przez zwężenie, wprowadza się coraz cieńsze świeczki, aż jedna z nich wreszcie przejdzie. Tę świeczkę zostawia się przez 1—3 minut w cewce. Wprowadzenie świeczki ułatwia się 1) przez znieczulenie przedniej części cewki, 2) przez naciągnięcie członka, 3) przez dobre natłuszczenie świeczki, (receptę na środek natłuszczający podaje P. następującą: »Rp. Tragacanth. 2,5, Glycerin. 10,0, Hydrarg. oxycyan. 0,2, Aq. destill. do 100,0, Mf pasta mollis, sterilisetur«), 4) przez wysokie ułożenie miednicy, podłożywszy twardą poduszkę czy wałek

Jeśli manipulacya z wprowadzeniem zgłębnika dłużej trwała, należy choremu podać tabletkę chininy (0'5), by zapobiedz następowej gorączce. Gdy krew się nie pokazała, należy następnego dnia wprowadzić tęsamą świeczkę, potem numer następny, który zostawia się na 5 minut. W razie krwawienia należy zrobić jedną do dwudniowej przerwę. Odtąd wprowadza się zgłębniki codzień (naturalnie w razie braku krwawienia i gorączki) na 5 minut, aż przejdzie świeczka Nr 14 Charriere. Odtąd zgłębnikuje się co 2—3 dzień i to coraz o jeden numer wyżej aż do Nr 20 Charriere, a używa się tu od Nr 14 do Nr 20 świeczek ołowiem napełnionych, jako cięższych. Od 20 Charriere zaczyna się wprowadzać szereg zgłębników metalowych, które zastawia się na 10—15 minut w cewce; leczenie należy uważać za skończone z chwilą wprowadzenia zgłębnika Nr 26, ale i wtedy każe się choremu, by się zgłaszał raz czy dwa razy na miesiąc, przyczem wprowadza mu się zgłębnik Nr 20 na 15 minut.

Jeśli zwężenie jest bardzo znaczne, wtedy wprowadza się kilka świeczek nitkowatych, a gdy jedna z nich przeszła, zostawia się ją, umocowawszy przylepcem do członka, na 24 godzin, przyczem mocz odchodzi kroplami obok i wzdłuż świeczki. Po całej dobie zaczyna się dopiero leczenie w powyższy sposób. W razie drogi fałszywej zaprzestaje się zgłębnikowania na osiem dni, jeżeli chory potrafi oddawać mocz, w przeciwnym razie próbuje się zapomocą wiązki świeczek nitkowatych przejść przez zwężenie: wtedy

3—4 świeczki zatkają fałszywą drogę, czwarta lub piąta zaś przejdzie i pozostaje w cewce do 48 godzin.

W razie nieudania się zgłębnikowania należy przedsięwziąć nakłucie pęcherza. Mondschein.

Lilienthal i Cohn. **Leczenie poronne wiewióra.** (Med. Klinik 1913, Nr 7). O leczeniu poronnem wiewióra pisano już wiele w ostatnich latach. Finger jednak, jak również Casper i Wossidlo, są stanowczymi przeciwnikami leczenia poronnego twierdząc, że przez stosowanie energicznego leczenia poronnego, w okresie najżywszego zapalenia wyrządza się choremu wielką krzywdę, narażając go na wprost nieobliczalne następstwa. L. i C. są natomiast innego zdania i twierdzą, że w przypadku świeżym prawdziwego wiewióra (wykazanie dwoinek Neissera), gdzie wystąpiły dopiero pierwsze objawy, wyciek z cewki jest śluzowo-ropiasty, pierwsza część moczu lekko mętna, a dwoinki jeszcze po wielkiej części leżą pozakomórkowo, — tam zastosowanie leczenia poronnego w wielu przypadkach wydaje dobre wyniki. Warunkiem ich jest jednak brak wszelkich powikłań. Przez leczenie poronne rozumie L. i C. wyleczenie w ciągu trzech dni. W przypadkach, w których jeszcze w czwartym dniu leczenia stwierdzi się gonokoki, leczenie poronne nie powiodło się. Dawniej stosowano celem poronnego leczenia azotan srebrowy w rozmaitych rozczynach, nie działa on jednak skutecznie, pominąwszy już, że z powodu swego żrącego działania bardzo wielkie choremu sprawia dolegliwości. Przepłukiwania (przyrządem Janeta) rozczynem nadmanganianu potasowego okazały się bezskuteczne. W nowszych czasach stosuje Kyan ze skutkiem rozmaitym t. zw. termopenetracyę, wychodząc z założenia, że dwoinki Neissera giną przy ciepłocie 39^0.

L. i C. stosują protargol pierwszego dnia w 4% rozczynie, do którego dodają kilka kropel 1% rozczynu alypiny, albo i bez tego dodatku. Rozczyn ten wstrzykuje się zapomocą strzykawki wiewiórowej, zatrzymuje w cewce 4 minuty, poczem powtarza się to jeszcze dwa razy po sobie bezpośrednio. Drugiego i trzeciego dnia powtarza się tożsamo, ale posługując się rozczynem o 1% silniejszym, poczem przerywa się leczenie bez względu na to, czy to leczenie poronne udało się, czy nie. Prawie w połowie przypadków nie znajdował autor drugiego już dnia dwoinek. Na 95 w ten sposób leczonych przypadków powiodło się w 45 osiągnąć zupełne wyleczenie z ustąpieniem zarówno klinicznych, jak i drobnowidowych objawów wiewióra. Autor nie zauważył żadnych powikłań, z wyjątkiem zdarzającego się czasem obrzęku napletka.

Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

94. Ogólne Zebranie dnia 26. kwietnia 1913.

Obecnych członków 19, gości 2.

Przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawił dwa przypadki **ciąży zewnątrzmacicznej** w prawym jajowodzie. I. W pierwszym przypadku rozpoznanie było bardzo łatwe, gdyż wywiady i badanie dwuręczne wskazywały na ciążę jajowodową prawostronną. II. Natomiast w drugim przypadku ani wywiady, ani badanie nie wskazywały na ciążę zewnątrzmaciczną. Tylko zapad, który wystąpił nagle, wyjaśnił rozpoznanie. Obydwa przypadki były operowane przez kol. R. drogą cięcia brzusznego. Wyzdrowienie. III. Dalej przedstawił kol. Raszkes przypadek dużej **torbieli lewego jajnika** (adenoma malignum), operowany drogą brzuszną. Zgojenie doraźne. Wyzdrowienie. IV. Przypadek **raka obu jajników** (carcinoma ovariorum cysticum, partim medullare). Oba guzy były zrośnięte z jelitami, pęcherzem moczowym i macicą. Gojenie się rany było prawidłowe; chora jednak zmarła w sześć tygodni po operacyi wskutek charłactwa. Rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem drobnowidowem, dokonanem przez kol. Kellerworma (preparaty przedstawił kol. Raszkes na posiedzeniu).

Na przewodniczącego Zebrania został wybrany kol. Kosicki, który wita gości pp. Wesołowskiego i Wojczyńskiego.

1) Kol. Przewodniczący proponuje kolegom pokrycie drogą składki po 1 rublu kosztów wydrukowania Ustawy Organizacyi zawodowej lekarzy ziemi Radomskiej w kwocie rb. 30, co zostało przez zebranych przyjęte.

2) Kol. Fidler wygłasza dalszy ciąg swej pracy: **Stan szpitalnictwa i ruch chorych w szpitalach ziemi Radomskiej** (za lata 1908—1911).

95. Ogólne Zebranie dnia 31. maja 1913.

Obecnych 12 członków i 1 gość.

Kol. Fidler odczytuje nadeszłą korespondencyę, po załatwieniu której ogłasza wybory przewodniczącego Zebrania. Okazuje się, że większością głosów wybrano kol. Przyłęckiego.

Kol. Fidler: **Stan szpitalnictwa i ruch chorych w szpitalach ziemi Radomskiej** (za lata 1908—1911 włącznie). (Dokończenie).

W dyskusyi przemawiał kol. Przyłęcki i inni.

Członek Zarządu sekretarz: Dr T. Rakowski.

Towarzystwo lekarskie polskie w Kijowie.

Posiedzenie zwyczajne dn. 20. III. 1913 r.

Obecnych członków 31. Przewodniczy B. Knothe.

1) A. Modrzewski: **Antygeny nieswoiste i modyfikacya M. Stern przy odczynie Wassermanna.** Od

dwóch lat przeszło, t. j. od kiedy M. wykonywa odczyn Wassermanna z trzema antygenami, jeden z nich był zawsze nieswoisty. Zwykle był to antygen, przygotowany według Lessera. W ten sposób zbadano przeszło 1000 surowic zapomocą 20 swoistych i nieswoistych antygenów. Były to przeważnie surowice chorych na kiłę, już leczonych w ten lub inny sposób. Z antygenami swoistymi odczyn wykonano 2156 razy: z wynikiem dodatnim w 716 (33·2%), z wynikiem niepewnym 139 (6·5%), z wynikiem ujemnym 1301 (60·3%): z antygenami nieswoistymi odczyn wykonano 1070 razy, z wynikiem dodatnim w 400 (37·4%), niepewnym 60 (5·6%), ujemnym 110 (57·0%).

Porównując te cyfry, musimy dojść do przekonania, że antygeny nieswoiste nietylko nie ustępują swoistym, lecz są nawet czulsze, (33·2% i 37·4% wyników dodatnich). Jeżeli jeszcze nasze wyniki dodatnie rozdzielimy na dwie części: wybitnie dodatnie (t. j. 5 i 4 plusy) i dodatnie wraz ze słabo dodatnimi (3, 2 i 1 plus), to i tu przewaga także pozostaje na stronie nieswoistych antygenów (antygeny swoiste dały 69·8% pierwszej kategoryi i 30·2% drugiej kategoryi: antygeny nieswoiste 70·0% pierwszej i 23·0% drugiej kategoryi).

M. podkreśla, że pomimo zbadania blizko 2000 surowic, ani razu nie udało mu się widzieć wybitnie dodatniego odczynu w surowicy niekiłowej (z wyłączeniem jednego przypadku trądu). Jeżeli nawet czasem otrzymywał częściowe zahamowanie hemolizy z którymkolwiek antygenem, to zawsze okazywało się, że był to błąd techniczny. Nie można było tego powiedzieć o wynikach ujemnych. Otrzymywano je czasem, co prawda bardzo rzadko, tam, gdzie były widoczne zmiany kiłowe, a to zmusiło M. do poszukiwania takich modyfikacyi odczynu Wassermanna, któreby były czulsze od klasycznego odczynu. Opierając się na danych piśmiennictwa i zdaniu kliniki Neissera, wybrał on modyfikacyę Margarety Stern.

Dla zrozumienia, na czem polega modyfikacya M. Stern, M. zwraca uwagę na przedstawione tablice, z których widać, jaka najmniejsza ilość surowicy (komplementu) niektórych zwierząt jest potrzebna do zupełnej hemolizy jednakowej ilości krwinek przy jednej i tej samej ilości stosowanego amboceptora. M. przeprowadzał badania z dwoma amboceptorami (surowica królicza) dla krwinek barana i krwinek kurzych. Dla hemolizy 0·5 ct. sz. 5% rozczynu krwinek barana przy nadmiarze amboceptora (2—3 dawki) potrzeba 0·01 świeżej surowicy żabiej, 0·02 świnki morskiej, 0·075 ludzkiej, 0·10 króliczej, 0·2 kurzej i świni domowej. Surowica barana, wołu i, zdaje się, konia nie uczula tego amboceptora w żadnej ilości.

Z amboceptorem dla krwinek kurzych przy użyciu tych samych ilości z wyłączeniem rozcieńczenia krwinek kurzych 1:40 (2·5%), stosowanego przez M., wyniki wypadły tak, że surowica żabia w ilości 0·05, morskiej świnki — 0·075, królika, barana, wołu i świni domowej 0·1 i końska w ilości 0·4, dawała hemolizę 0.5 c. sz. zawiesiny krwinek kurzych. Krew kurza nie uczulała amboceptora w żadnej ilości.

Z przytoczonych faktów wypada, że nie każda surowica zawiera komplementy, stosowne dla wszystkich amboceptorów i że tu widoczne są nawet pewne prawa, np. surowica krwi barana (wołu i konia) nie zawiera komplementu dla hemolizy krwinek baranich, a surowica kurza dla hemolizy amboceptora krwinek kurzych. Ilość jednowartościowych komplementów nie jest także jednakowa. Surowica ludzka np. posiada 3—4 razy mniej komplementu hemolitycznego dla krwinek barana, niż surowica świnki morskiej. Tem się tylko tłómaczy większa czułość modyfikacyi M. Stern, niż klasycznego odczynu.

Według modyfikacyi M. Stern zbadano 432 surowice, z tych 54·4% z wynikiem dodatnim. Jeżeli to porównamy z klasycznym odczynem, dającym 33·2—37·4% wyników dodatnich, to niezaprzeczenie modyfikacya M. Stern jest czulszą. Jest ona nawet zanadto czułą, bo, jak to stwierdziła jej autorka, wypada ona dodatnio nawet tam, gdzie nie było kiły. Lecz za to u referenta wynik odczynu ani razu nie wypadł ujemnie tam, gdzie było chociaż najmniejsze podejrzenie co do czynnego przymiotu. Z tego wynikałoby, że tam, gdzie odczyn Stern jest ujemny, zmian przymiotowych już niema. Jeżeliby to okazało się prawdziwem, to modyfikacya M. Stern byłaby doskonałem uzupełnieniem klasycznego odczynu: bralibyśmy wtedy tylko w rachubę dodatni wynik klasycznego odczynu i ujemny wynik modyfikacyi M. Stern. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Nowiński pyta, jak właściwie lekarz ma oceniać stopnie, stawiane w analizach krwi. Co należy myśleć np. jeżeli odczyn Wassermanna wypada słabo dodatnio, a odczyn Marg. Stern wybitnie dodatnio. Czy wówczas trzeba przeprowadzić leczenie swoiste?

b) Weller: W płynie mózgowordzeniowym dodatni odczyn Wassermanna uważa się zawsze jako dowód zajęcia sprawą chorobową układu nerwowego. Zresztą przy czynnym przymiocie mózgowordzeniowym zdarza się odczyn dodatni rzadziej, niż przy parasyfilisie, tak że w pierwszym przypadku według rady Nonnego trzeba nieraz brać większe od zwykłych ilości materyału badanego, aby odczyn otrzymać. Tam, gdzie niema przymiotowych schorzeń ośrodków nerwowych, odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym wogóle nie występuje.

c) Tad. Dąbrowski zapytuje, czy statystyka referenta różni się pod względem odsetka dodatnich wyników od statystyki M. Stern?

d) Modrzewski: Słabo wybitny odczyn Wassermanna daje prawdopodobieństwo przebytego przymiotu; prawdopodobieństwo to zaś potwierdza wybitnie dodatni odczyn Stern, natomiast sam tylko dodatni odczyn M. Stern przy ujemnym odczynie Wassermanna prawdopodobieństwa takiego nie daje. Natomiast ujemny odczyn M. Stern zawsze prawie uważać można za dowód, że dany osobnik nie ma obecnie zmian przymiotowych. Co się tyczy odsetka dodatnich wyników w statystyce referenta w stosunku do takiegoż odsetka w statystyce Marg. Stern, to pierwszy jest nieco niższy (54·4%) od drugiego (65·9%), co się dostatecznie tłómaczy różnorodnością materyału.

2) K. Łowieniecki. **Ciężki przypadek grypy, leczony gwajakolem według metody Prof. Małkowa.**

Dyskusya. a) Piotrowska pyta o teoretyczne podstawy tego sposobu leczenia, a następnie o materyał statystyczny, zebrany przez jego zwolenników.

b) Wojciechowski: Dlaczego referent nazwał stosowane przez siebie postępowanie metodą Prof. Małkowa, — przecież gwajakolu używa się już oddawna w lecznictwie, — oraz czemu przypadek swój zatytułował grypą, kiedy sam dochodzi do przekonania, że była tam sprawa gruźlicza?

c) Piotrowski przypomina, że kreozot oraz jego pochodne, do których należy też gwajakol, oddawna już cieszą się opinią środków, działających korzystnie w gruźlicy płuc. Na oddziale Edw. Zielińskiego w Warszawie wszystkich gruźliczych leczą kreozotem, przyczem stwierdzić można obok wzmożenia się łaknienia także zwiększenie czynnika opsonicznego.

d) Nowiński nie uważa za rzecz. dowiedzioną, iżby w przypadku referowanym polepszenie należało koniecznie przypisywać działaniu gwajakolu. Jak to często bywa, w podobnych razach poprostu przestały się tworzyć nowe ogniska nieżytowego zapalenia płuc i stan chorego się poprawił.

c) Januszkiewicz: Czy w danym przypadku polepszenie nastąpiło wskutek leczenia — niewiadomo. Przypadek wogóle nie jest zupełnie jasny. Np. mogła tu istnieć gruźlica gruczołów oskrzelowych, czego następstwem był wybitny odczyn Pirqueta, a oprócz tego nieżytowe zapalenie

płuc. W tej drugiej chorobie nastąpił przełom, który zaznaczył się poprawą łaknienia i wogóle stanu podmiotowego dziecka. Poza tem leczenie jest dość uciążliwe, głównie ze względu na zapach gwajakolu, towarzyszący chorym na każdym kroku, ma ono jednak też strony dodatnie, zwłaszcza, jeśli chodzi o chorych, nie mających czasu dużo myśleć o swem leczeniu. Apetyt pod wpływem gwajakolu w istocie zwykle się podnosi. Co się tyczy przypadku referenta, to składniej możeby było mówić o nim jako o gruźlicy, zwłaszcza, że sam referent ostatecznie za gruźlicę go uważa. W sprawie autorstwa metody, to chociaż gwajakol naskórnie stosowano dawniej, zasługą Małkowa jest wprowadzenie stosowania go pod szkiełkiem od zegarka.

f) Knothe: Małkow też stosuje naskórnie gwajakol przez czas względnie nader długi.

g) Koene widział powyżej omawiane leczenie, stosowane w szpitalu wojskowym mniej więcej w ciągu kilku miesięcy, na ogół bez widocznych rezultatów.

h) Nowaczek przyłącza się do zdania Nowińskiego i Januszkiewicza w sprawie zależności polepszenia w danym przypadku od leczenia gwajakolem, bo podobny przebieg zdarza się przy nieżytowych zapaleniach płuc bez wszelkiego leczenia. Również rozpaczliwe na pozór przypadki gruźlicy niekiedy także dają niespodziewane zwolnienia (remissio).

i) Łowieniecki: odpowiada, że zatytułował swój przypadek grypą dlatego, iż badanie plwocin, które chory wyrzucał w dużej ilości podczas choroby, nie wykazywało prątków gruźliczych, a dopiero podczas okresu zdrowienia wykonano odczyn Pirqueta, który wypadł wybitnie dodatnio. Metodą Małkowa nazwał referent opisany przez siebie sposób dla tego, że chociaż gwajakol stosowano już oddawna, to przecież sposób stosowania go naskórnie pod szkiełkiem zegarkowem wprowadził dopiero właśnie Małkow. Do twierdzenia, iż polepszenie w stanie dziecka należy przypisać leczeniu, uprawnia referenta ta okoliczność, że polepszenie stanu ogólnego oraz wybitne wzmożenie łaknienia, jak to już zaznaczono w referacie, wystąpiło już w kilka dni po rozpoczęciu leczenia, podczas gdy objawy przedmiotowe ze strony płuc oraz ciepłota przez czas dłuższy pozostawały prawie bez zmiany. Zresztą referent wygłosił swój wykład jedynie tylko w tym zamiarze, aby zachęcić kolegów do dalszych prób w tym kierunku.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Delegacya stała Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich zaprosiła na wiceprezesa Wydziału gospodarczego Zjazdu prof. Dr Stanisława Tołłoczkę. Prof. Dr Antoni Jurasz, jako prezes i prof. Dr Tołłoczko, jako wiceprezes, przystąpią obecnie do utworzenia Wydziału gospodarczego.

Zjazd odbędzie się we Lwowie za dwa lata, w r. 1915.

A. Gluziński, prezes Delegacyi.

S. Ciechanowski, wiceprezes. T. Janiszewski, sekretarz.

Wiadomości bieżące.

Wiekopomne dzieło Sniadeckiego »Teorya jestestw organicznych« jest do nabycia po nader zniżonej cenie 2 kor. 50 h. za egzemplarz w Administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Cały dochód z rozprzedaży przeznaczony został na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Członkami zwyczajnymi Krajowej Rady zdrowia na najbliższą kadencyę mianowani zostali ze strony rządu: r. dw. prof. Dr Browicz, prez. Dr Festenburg, r. dw. prof. Dr Gluziński, prof. Dr Mars, prof. Dr Schramm, prof. Dr Sieradzki; ze strony kraju: dyr. Dr Kohlberger i insp. Dr Müller. Grono to ukonstytuowało się na posiedzeniu, odbytem we Lwowie 12. VII. b. r. pod przewodnictwem JE. Namiestnika Dr Korytowskiego, wybierając prezydentem Krajowej Rady zdrowia ponownie Dr Festenburga.

W liczbie nowomianowanych członków zwyczajnych Rady jest z poza Lwowa tylko jeden. W poprzedniej kadencyi było dwóch (jeden mianowany ze strony rządu, drugi ze strony kraju). Poraz pierwszy wchodzą do Rady prof. Dr Sieradzki (w miejsce prof. Dr Kučery, mianowanego członkiem Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu) i dyr. Dr Kohlberger (w miejsce dyr. Dr Mazurkiewicza).

Oprócz tego należą do Rady: krajowy referent sanitarny radca Dr Lachowicz i jako członkowie nadzwyczajni, dwaj delegaci Izb lekarskich: Dr Piaskiewicz i prof. Dr Ciechanowski.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu zwyczajnem w d. 12. VII. b. r. we Lwowie sprawą zwalczania czerwonki, sanatoryum w Tatarowie i rozszerzenia zakładu w Niemirowie.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Stanisław Chełmicki ze Szczawnicy, Józef Żelazny z Mątwicy (Król. polskie), Barbara Landau i Adela Landau z Warszawy.

— Dr J. Papée (Lwów, Asnyka 3) objął na życzenie redakcyi »Dermatologische Zeitschrift« sprawozdania z polskich prac dermatologicznych i syfilidologicznych w tem czasopiśmie. Autorowie prac polskich z tego działu zechcą przeto nadsyłać odbitki pod podanym powyżej adresem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. VI. do 12. VII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (obcych 2 † 2), krztuśca 14 † 1, ospy wietrznej 2, płonicy 7 † 4 (13 † 1), odry 37 † 5, duru brzusznego 8 † — (4 † —), czerwonki 2, gorączki połogowej 1 † 1, róży 1 † — (2 † 2), tężca (2 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Na konkursie im. Dr Koczorowskiego otrzymali nagrody: Doc. Dr Koźniewski z Krakowa za pracę p. t. »Studya nad składem chemicznym bakteryi gruźliczych oraz innych t. zw. kwasoodpornych prątków«, doc. Dr Nowicki ze Lwowa za pracę p. t. »Apertura górna w świetle badań anatomicznych i stosunek jej do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego« i Dr St. Mutermilch z Paryża za pracę p. t. »Adsorbcyjna teorya anafilaksyi«. (Gaz. lek. 28).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 7. VII. do 14. VII. 1913 przypadków: ospy 2 † —, płonicy 2 † —, duru wysypkowego 1 † —, róży —, czerwonki —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. V. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbędzie się w Pradze na Zielone Swiątki 1914 (29. maja do 3. czerwca). Prace przygotowawcze są w pełnym toku. Przewodniczącym komitetu gospodarczego jest prof. Dr Vejdovský, sekretarzem prof. Dr Slavík (Žižkov, Přemyslova č. 9). Komitet

gospodarczy zwrócił się do lekarskich Komitetów narodowych innych narodów słowiańskich o zorganizowanie uczestnictwa lekarzy tych narodów w Zjeździe czeskim i otrzymał odpowiedź od prof. Dr Wicherkiewicza z Polski, od prym. Dr Čačkovića z Chorwacyi i od prym. Dr Subotića z Belgradu. (Čas. lek. česk. Nr 28).

— »Kuryer warszawski« pomieścił następującą odezwę: »Nowa wojna na Bałkanach, z bitwami krwawszemi od poprzednich, napełnia szpitale rannymi. Pomimo całej sprawności, z jaką prowadzona jest służba sanitarna, chorzy nie mogą mieć należytej opieki, gdyż brak lekarzy daje się z każdą godziną niemal coraz więcej uczuć. Może tym razem lekarze polscy zechcą udzielić swojej pomocy sympatycznym i bohaterskim Serbom, których doprawdy warto jest bliżej poznać, a o których my wypowiadamy swoje sądy na podstawie informacyi z tych samych, niestety źródeł, które i o nas szerzą rozmaite brednie. Co do mnie, jestem bardzo zadowolony, żem tu przyjechał, a nie spotkałem ani jednego cudzoziemca, ani nie słyszałem o takim, któryby żałował tego kroku, a byli tu przedstawiciele niemal wszystkich narodów kulturalnych, prócz... Polaków. Jeśli więc kto jest w możności trochę czasu swojego poświęcić, niech nie zwleka z przyjazdem, bo każdy dzień jego pracy wiele tu dobrego zrobić może. Warunki są następujące: mieszkanie z utrzymaniem i 400 franków (czterysta franków) miesięcznie. Lekarze-cudzoziemcy z dyplomami, dającymi im prawo praktyki we własnym kraju, mogą później, zobowiązawszy się kontraktem rocznym, dłużej w Serbii pozostać. Tymczasem, bez żadnego zobowiązania terminowego, mogą pracować również doktorzy medycyny, nie posiadający dyplomów państwowych. Studenci nawet wyższych kursów nie są przyjmowani. Wszelkiemi informacyami chętnie służę.
Dr Jerzy Stanisław Alexandrowicz. (Belgrad. Vojna bolnica)«.

— Kursa z zakresu balneologii, urządzone przez międzynarodowy Komitet kursów lekarskich, odbędą się w Karlsbadzie od 28. września do 4. października b. r. Kursa są bezpłatne, tylko wpisowe wynosi 10 kor. O programy i karty uczestnictwa, oraz objaśnienia zgłaszać się należy pod adresem: Kuramt, Karlsbad.

— Jak fabryki przekręcają zdania autorów dla swojej reklamy, dowodzi oświadczenie Beerwalda w Nr 16 »Münch. med. Wochenschrift«. Firma Kopp i Joseph wyrabia sztuczne kąpiele mineralne z kwasu węglowego pod marką »Zeo«. Beerwald na kongresie balneologicznym w Berlinie wyraził się o nich: »Do naszych celów (t. j. pracy chemicznej) okazały się najstosowniejsze preparaty Zeo«. Z tego zaś fabryka uczyniła sobie reklamę następującą: »Radca sanitarny B. uznał nasze kąpiele z kwasu węglowego »Zeo« za najlepsze ze wszystkich istniejących, nawet naturalnych!« Tymczasem właśnie B. w swej pracy twierdzi, że sztuczne kąpiele ustępują naturalnym znacznie co do skuteczności. X.

Mianowani: inspektorami sanitarnymi w służbie rządowej w Galicyi Dr Leon Tyszkowski i Dr Leon Luchs;
Dr Gengou profesorem higieny w Brukseli.

Zmarli: Dr Chojko w Radomiu;
słynny dermatolog angielski sir Jonathan Hutchinson w Haslemer (w 85 r. ż.); chirurg prof. Thiriar w Brukseli.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.





Rok LII. Kraków, dnia 26 lipca 1913 Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Nerwica wegetatywna z ograniczonymi kurczami mięśniowymi

opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

Badania ostatnich kilku lat, zajmujące się fizyologią i patologią wegetatywnego układu nerwowego, przysporzyły nam niemało wiadomości, które także dla medycyny praktycznej nie są bez znaczenia. Zawdzięczamy im w niejednym przypadku możność lepszego zrozumienia istoty wielu zaburzeń, dla których już dawniej przyjmowano tło nerwowe, ale nie umiano dość ściśle określić właściwego źródła, względnie pochodzenia nerwowego podrażnienia. Przez dokładne rozdzielenie roli, jaką w ustroju odgrywają obydwa nerwowe układy wegetatywne, powstały ściślejsze pojęcia o skutkach podrażnienia grupy nerwów współczulnych i autonomicznych, a wraz z tem i podział nerwic wegetatywnych.

Nie trudno zrozumieć, że przy ogromnem rozgałęzieniu nerwów współczulnych i autonomicznych i wobec rozlicznych wpływów, działających na ich napięcie, zjawiać się muszą bardzo liczne zaburzenia, powstawać bardzo różnorodne obrazy chorobowe. Nierzadko nawet wikłają się ze sobą zjawiska w zespole objawów nerwicy w ten sposób, że wyszukiwanie rysów, właściwych podrażnieniu nerwów, należących do jednej i do drugiej grupy wegetatywnej, sprawia bardzo poważne trudności. Przykładem może tu być nawet tak wszechstronnie zbadana choroba, za jaką poczytywać trzeba chorobę Basedowa. A przykładów takich dostarcza praktyka lekarska całe szeregi. Nie oznacza to jednak bynajmniej, aby się nie przydarzały i takie spostrzeżenia, w których nerwowe objawy wegetatywne są bardzo jednolite i składają się razem na obraz mniej lub więcej czystej nerwicy współczulnej lub autonomicznej.

Współczesna medycyna posługuje się, dla określenia tego rodzaju jednostronnych nerwic, nazwami »sympatykotonia« i »wagotonia«. W bieżącem piśmiennictwie, które w tym zakresie coraz bardziej zaczyna się rozszerzać i uzupełniać, spotykamy opisy przypadków, należących do jednego i do drugiego działu nerwic. Szczególną wszakże uwagę zwracają na siebie zaburzenia, w których na jaw występują następstwa podrażnienia autonomicznego. Wagotonia doczekała się już nawet osobnego opracowania w postaci zwięzłej monografii, skreślonej przez Eppingera i Hessa. Ukazanie się tej pracy, niewątpliwie bardzo pożytecznej, ma podwójne znaczenie. Z jednej strony streszcza ona to wszystko, co o podrażnieniu autonomicznem dotychczas wiemy, z drugiej służy do pokazywania luk i braków w naszych wiadomościach, a tem samem zachęca, a nawet zmusza do czynienia dalszych spostrzeżeń i do gromadzenia większego materyału, tak doświadczalnego, jak i klinicznego. Za takie uzupełnienie uważam przypadek, spostrzegany na moim oddziale, którego opis w streszczeniu podaję.

Mehmed M. lat 40, wyznania muzułmańskiego, z Maglaju w Bośni, przyjęty na oddział 3 marca 1911 r.

W y w i a d y: Chory kilkakrotnie zapadał na zdrowiu. I tak w 21. r. ż. przebył jakąś chorobę gorączkową, trwającą 7 tygodni. W 32 r. ż. zapadł po raz wtóry i rzekomo przez 6 miesięcy był niezdolny do pracy. Bliższych szczegółów, któreby pozwalały na jakiekolwiek wnioski o przyrodzie tej choroby, dowiedzieć się nie można. Przed 6 laty miał chory przebyć dur brzuszny. Z końcem sierpnia ubiegłego roku zaczęły się pojawiać najrozmaitsze objawy przyrody nerwowej, zmienne co do jakości i siedziby, a wogóle, jak z opowiadania chorego wynika, bardzo nietrwałe. Na większą uwagę z pośród nich zasługują: przypadłości ze strony narządu pokarmowego jak: odbijania po jedzeniu, zgaga, niekiedy ból pod mostkiem, nieregularne oddawanie stolca ze skłonnością do okresowych biegunek i do okresowego zaparcia. Poza tem doznawał chory uczucia pieczenia skóry, czasami pojawiały się krótkotrwałe swędzące wysypki skórne. Przed 18 dniami pojawiły się skurcze w zakresie mięśni szyi i barku. Chory sam podaje, że skurcze te bywają dwojakie. Mianowicie albo mięśnie sztywnieją nagle, skutkiem czego chory prawie głową poruszyć nie może, albo też powstają rytmiczne skurcze, przyczem głowa wykonuje wahadłowe ruchy od przodu ku tyłowi i na odwrót. Skurcze te pojawiają się codziennie rano, trwają rozmaicie długo, czasami aż do popołudnia. Poza tem podaje chory, że od 5 miesięcy nie może spółkować. Miewa wprawdzie chwile podniecenia płciowego, ale niema odwagi zdobyć się na sam akt spółkowania w przekonaniu, że mu się nie uda. Co kilka dni miewa polucye. Niezwykle często pojawia się parcie na mocz, który też chory często oddawać musi.

Stan obecny: Mężczyzna średniego wzrostu, miernie odżywiony. Budowa czaszki niezupełnie symetryczna, prawa połowa twarzy słabiej rozwinięta. Źrenica prawa nieznacznie szersza, aniżeli lewa. Odruchy źrenic tak wobec działania światła, jak i przy akomodacyi zupełnie prawidłowe. Ruchomość gałek ocznych dobra. Przy patrzeniu zbieżnem występuje na jaw niewytrzymałość prawego mięśnia prostego wewnętrznego (insufficientia convergentiae). W zakresie nerwu twarzowego zboczeń niema. Niema ich także w zakresie nerwu trójdzielnego. Język obłożony, trzęsie się. Ruchomość podniebienia miękkiego prawidłowa. Odruchu gardłowego brakuje. Szyja krótka. Mięśnie szyjne silnie rozwinięte, jędrniejsze, aniżeli to zwykle bywa. Większą jędrnością odznacza się także mięsień barkowy. Pobudliwość mechaniczna mięśni wzmożona. Przy lekkiem względnie uderzeniu młotkiem opukowym powstają w mięśniu piersiowym i w m. dwugłowym ramienia bardzo silne odruchy, w miejscu zaś uderzonem tworzy się typowy wał, który dopiero po paru sekundach znika. Od tego wału rozchodzą się wzdłuż włókien mięśnia, w górę i w dół, fale skurczów całych pęczków [1]). Odruchy ścięgniste prawidłowe. Zaburzeń w czuciu niema. Narządy wewnętrzne nie okazują zmian ważniejszych. Na uwagę zasługuje tylko zwolnienie tętna, najwyraźniejsze w czasie napadów, ustępujące miejsca okresowemu przyspieszeniu. Liczba tętna waha się w bardzo rozległych granicach, między 46—92 uderzeń na minutę. Wielką pobudliwością odznaczają się włosowate naczynia skórne. Nawet lekkie przesunięcie rękojeścią młotka po skórze wywołuje czerwone pasy, występujące doraźnie po zadrażnieniu i utrzymujące się niezwykle długo.

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Tego rodzaju odczyn mięśniowy daje się spostrzegać stale u osób, u których istnieją znamiona podniecenia autonomicznego. I wobec tej stałości, stwierdzonej na bardzo licznym materyale chorych, byłbym nawet skłonny uważać ją za ważny objaw rozpoznawczy wagotonii.

Z pracowni chemicznej kliniki chorób wewnętrznych Prof. H. Eichhorsta w Zurychu.

Wpływ odżywiania na wydzielanie indykanu i indolu w moczu i indolu w kale.

Podał

Dr Wacław Moraczewski (Karlsbad).

(Dokończenie).

Korzystając zatem z pomocy Dr E. Herzfelda przedsięwziąłem badania u osób zdrowych, poddając je dyecie mlecznej w połączeniu z pewną określoną ilością cukru, białka, żelatyny, tłuszczu, dając im dyetę roślinną albo obfitującą w węglowodany.

Badania rozpadają się na trzy części. Pan K. miał dyetę niezbyt ściśle określoną i ograniczyliśmy się w tym przypadku do badania indolu i indykanu w moczu obok indolu w kale.

Jednocześnie próbowaliśmy u osób zdrowych wpływu indolu, podawanego w ilości 0·02 gr., na ilość indolu w moczu. (Tabl. I.).

Bardziej szczegółowe badanie wykonaliśmy nad panem B., gdzie obok indolu i indykanu oznaczano azot w kale i moczu przy rozmaitych dyetach. (Tabl. II.).

TABLICA I.

Mocz ilości dobowe.			Kał ilości dobowe.		
Woda	Indol mgr.	Indygo gr.	Ilość	Indol mgr.	
1020	0·509	0·2295	—	—	Mieszana dyeta; dużo mącznych potraw.
950	0·443	0·4370	255	7·1	Tasama dyeta.
900	0·661	0·5670	170	16·0	Mieszana dyeta; dużo tłuszczów.
1200	0·835	0·1188	—	—	Mieszana dyeta, prawidłowe ilości.
1270	0·753	0·2921 0·2218	190	9·08	Mieszana dyeta, z dodatkiem potraw mącznych i słodkich.
720	0·535	0·1513	245	20·76	Mieszana dyeta, z dodatkiem tłuszczów.
640	0·928	0·3490	145	10·02	Tasama dyeta.
950	0·401		115	10·30	Mieszana dyeta; dużo białka.
1200	0·964	0·2760	243	18·70	Mieszana dyeta.
1250	0·711	0·3125	100	5.80	Tasama dyeta; + 0·02 indolu.
1840	1·330	0·4600	142	12·90	Tasama dyeta; + 0·04 indolu.
1350	0·851	0·0648			Zwykła dyeta.
1350	0·571	0·1404			N_1) » » + 0·02 gr. indolu.
1300	1·100	0·0468			Zwykła dyeta.
12[illegible]0	0·562	0·0922			N_1) » » + 0·02 gr. indolu.
2000	1·160	0·0460			N_2) Zwykła dyeta.
1315	1·066	0·0526			N_3) » »

TABLICA II.

Mocz ilości dobowe.			Kał ilości dobowe				B
Woda	Indol w mgr.	Indygo w gr.	Ilość	Indol w mgr.	Azot kału gr.	Azot moczu gr.	
1300	1·10	0·0468	—	—	—	—	Zwykła dyeta.
1270	0·88	0·1168	293	11·04	4·98	25·5	Mleko i chleb.
1520	0·491	0·0684	228	4·28	4·10	15·5	Mleko, chleb + 0·02 gr. indolu.
890	0·415	0·0890	608	3·20	2·49	15·6	Mleko, chleb 100 — 200 gr. cukru.
1090	0·391	0·1003	478	0·51	1·67	9·0	Tasama dyeta + 0·02 gr. indolu.
790	0·194	0·0613	125	0·96	0·83	13·9	Mleko, chleb + 100 gr. masła.
870	0·467	0·0939	83	3·62	0·74	—	Tasama dyeta.
880	0·590	0·0642	113	4·08	—	15·66	Tasama dyeta.
1070	0·731	0·1070	223	0·704	1·24	15.62	Tasama dyeta + 0·02 gr. indolu.
1200	1·020	0·1752	168	11·00	—	14·68	Mleko i chleb.
980	0·689	0·0804	93	5·60	1·50	14·79	Mleko i chleb
820	0·853	0·1181	73	7·24	1·15	13·03	Mleko, chleb i 200 gr mózgu.
1030	0·485	0·1009	83	7·84	1·31	15·82	Mleko, chleb i 200 gr. mózgu.

Wreszcie najbardziej szczegółowe badanie wykonano z panem N. (Tabl. III i IV), gdzie prócz poprzednich badań oznaczano indol powtórnego trawienia w celu zbadania niespożytkowanego białka, gdzie oznaczano w kale chlorki — jednocześnie oznaczając ściśle dyetę.

Sposoby badania były zwykłe; azot w moczu i kale według Kjeldahla; chlorki według Volharda, przyczem kał odparowano i zwęglono po dodaniu sody chemicznie czystej; indykan według Obermeyera; indol w kale i w moczu metodą E. Herzfelda. Po oddestylowaniu kału, zaprawiano resztę pozostałą po destylacyi pankreatyną, szczepiono kałem i zostawiano 24 godzin w cieplarce. Poczem oznaczano tą samą metodą indol, wytworzony przez ponowne gnicie. Indol oznaczano zawsze w spektrofotometrze Martina, odczytując kąty przy dwu pozycyach płynów: 1) rozczyn barwika po prawej, a rurka porównawcza po lewej; 2) rozczyn barwika po lewej, a porównawcza rurka po prawej

TABLICA III.

Woda	Mocz ilości dobowe: Azot gr.	Sól kuchenna gr.	Indol w mgr.	Indygo w grm.	Kał ilości dobowe: Ilość	Azot	Chlorki	Indol w mgr.	II. Indol w mgr.		
1270	17.77	13·84	0·792	0·1587	240	2·32	0·07	19·0		1	Dyeta mleczna. 2250 cet. mleka. 600 chleba czarnego. 2 dnia 0·02 indolu.
1260	18·64	13·61	0·678	0·2419	230	1·93	0·17	13·2	0·3	2	
1260	18·39	13·61	0·690	0·1361	125	2·49	0·07	12·3		3	
1670	30·23	13·03	1·040	0·1303	230	2·66	0·16	17·1		1	Tasama dyeta z dodaniem 170 gr. żelatyny. 2 dnia 0·02 gr. indolu.
1650	34·98	12·54	1·340	0·0990	230	2·53	0·14	15·7	2·1	2	
1620	36·45	11·98	0·889	0·0405	340	3·27	0·23	15·4		3	
1150	20·24	13·57	0·562	0·1806	250	2·89	0·24	21·7		1	Mleka 2250 cet. Chleba 600 gr. Cukru mlecznego 200 gr. 2 dnia 002 gr. indolu.
920	16·11	13·66	0·599	0·2714	270	2·66	0·14	20·2	29·0	2	
1170	18·13	14·51	0·589	0·1346	200	2·02	0·23	12·7		3	
1060	16·96	10·49	0·559	0·1208	160	1·54	0·05	12·8		1	Mleka 2250 cet. Chleba 600 gr. Masła 200 gr. 2 dnia 002 gr. indolu.
1230	17·09	14·39	0·818	0·2585	220	2·16	0·08	22·3	3·7	2	
1220	15·74	15·74	0·809	0·2196	270	2·63	0·09	38·3		3	
1580	22·75	20·54	0·669	0·2923	330	3·71	0·31	38·3		1	Mleka 2250 cet. Chleba 600 gr. Sera 250 gr. 2 dnia 0·02 gr. indolu.
1460	26·13	18·83	0·680	0·4059	290	2·10	0·18	21·6	25·7	2	
1470	33·52	18·38	0·727	0·2176	210	1·90	0·12	16·0		3	
1200	22·68	13·08	0·588	0·1068	330	2·78	0·16	22·7		1	Mleko 2250 cet. Chleba 600 gr. 2. 3. dużo sałaty, jabłek, kapusty. 3 dnia 002 gr. indolu.
1320	21·65	13·16	1·300	0·1023	270	2·19	0·18	15·6	33·3	2	
2050	18·66	17·43	1·170	0·0025	380	2·87	0·28	10·7		3	

TABLICA IV.

Woda	Mocz ilości dobowe: Azot gr.	Chlorki gr.	Indol w mgr.	Indygo w gr.	Kał ilości dobowe: Ilość	Azot gr.	Chlorki gr.	Indol w mgr.	II. Indol w mgr.	
1330	19·55	12·50	0·819	0·1091	250	5·56	0·12	17·90	89·9	Dyeta mieszana, mięso, jarzyny, mleko, kasza.
1200	19·20	12·72	0·515	0·2520	340	2·62	0·11	18·60	41·1	Tasama dyeta + 200 grm. cukru.
1450	19·14	12·76	0·523	0·1161	290	1·89	0·18	18·10		
1150	17·95	12·50	0·911	0·0955	430	3·58	0·32	15·60	118·7	Tasama dyeta + 200 grm. tłuszczu.
1500	24·15	13·50	0·677	0·2490	330	2·55	0·25	20·50	43·3	Tasama + 20 żółtek.
1660	24·07	18·33	0·694	0·2606	520	4·02	0·41	29·30		» + 200 grm. mózgu.
930	9·86	5·30	0·823	0·0697	170	1·57	0·10	9·60	15·8	Kasza z kukurydzy 300 gr.
730	9·64	4·16	0·578	0·1259	70	0·76	0·04	3·20	10·5	Tasama + 200 grm. tłuszczów.
1050	16·17	11·55	0·597	0·1659	230	1·53	0·24	9·50	64·0	1) Dyeta mieszana, mało cukru, wiele jarzyn.
1000	12·40	12·60	1·480	0·2200	510	6·39	0·42	27·80	115·0	2) + tłuszczu.
840	13·69	7·89	0·791	0·1571	230	1·69	0·18	9·80	13·5	3) + 200 gr. cukru.

Styczne tych kątów odejmowano od siebie i mnożono przez stały czynnik 156. Otrzymana liczba dawała ilość indolu w użytym do badania kale. Ilość tę wyrażaliśmy zawsze w miligramach, żeby ułatwić pisanie.

Całą ilość dobową kału rozrabialiśmy w 1 litrze wody i z tego litra braliśmy do oznaczania chlorku 50 cm³, do oznaczania indolu 25 cm³.

Indykan w moczu oznaczaliśmy w kolorymetrze Dubosque. Badanie kolorymetryczne dawało nam duże ilości, ale zdaje się, że te ilości są bliższe prawdy. Miareczkowanie po odparowaniu wywołuje zapewne straty. Inne sposoby są jeszcze mniej pewne; wydało nam się, że badanie barwy jest najwłaściwszą metodą i sądzimy, że zastąpi ono z czasem inne sposoby badania.

Z załączonych tablic wynika, że dodawany sztucznie indol wywołuje podwyższenie ilości indykanu w moczu, że to podwyższenie nie u wszystkich bywa jednakie i, co dziwniejsza, czasem przewyższa ilości, odpowiadające podanej ilości indolu. Oczywiście w tych razach muszą w grę wchodzić inne, nieznane czynniki.

Wpływu na indol moczu podany indol nie wywierał nigdy i tem mniej się sztuczne dodanie indolu w ustroju przejawiało, im większa była ilość owego indolu moczu. Indol moczu, jak sądzić można z naszych doświadczeń, jest objawem jakby sprawności ustroju, odpowiada niejako mocznikowi. Im więcej mocznika ustrój wytworzyć jest zdolny z danej ilości białka, tem sprawniej działa utlenianie, tem doskonalsza jest przeróbka azotu. Otóż indol odpowiada temu mniej więcej, ilość jego podnosi się bowiem lub opada wszędzie tam, gdzie ustrój lepiej spala. Żeby to lepiej uplastycznić, porównać można ilości indolu do ilości kwasu szczawiowego, amoniaku, acetonu itp., z tą tylko różnicą, że indol dziwnym trafem jest obfity przy dyecie roślinnej i przy zwykłej dyecie mieszanej, która, jak wiadomo, daje mało acetonu, amoniaku, kwasu moczowego itd. Natomiast dyeta tłuszczowa powiększa ilość indolu moczu, tak jak powiększa ilości amoniaku, szczawianów, kwasu moczowego, indykanu, wogóle tak zwanych niedopałków ustroju. Dyeta cukrowa obniża ilość indolu, co znowu stosuje się do zachowania wyżej wyliczonych ciał. Dyeta obfitująca w białka daje liczby wyższe, niż dyeta cukrowa, niższe, niż dyeta tłuszczowa; — zupełnie tosamo znalazł Cipolina i ja co do szczawianów. Tembardziej dziwne jest powiększenie ilości owego indolu przy dyecie roślinnej, przy podawaniu żelatyny wogóle w tych przypadkach, w których zauważyliśmy największą tolerancyę na indol, to jest najlepszą sprawność ustroju. Zadziwiające jest to, że dyeta **tłuszczowa**, przy której indol moczu (mówimy wciąż o tem ciele, otrzymywanem przez destylacyę moczu i dającem odczyn indolu) wskazuje największe ilości, **obniża** tolerancyę ustroju, prowadzi do najwyższych ilości acetonu, indykanu, kwasu moczowego, amoniaku itd. Spotykamy więc tu przeskok niezrozumiały, chyba, żebyśmy przyjąć mieli, iż w roślinach lub żelatynie kryje się jakieś ciało, dające podobny odczyn.

To zachowanie się indolu moczu stanowi jeden z naj-

ważniejszych wyników naszych badań. Stwierdziliśmy to zachowanie się zarówno u zdrowych ludzi przy zmianie dyety, jak u chorych, na których doświadczenia robił Dr W. Kaufman w tutejszej klinice. Zauważono tam również niezależność tego ciała od indolu kału i indykanu moczu.

Przypuszczaliśmy z początku, że indol ów pochodzi z tryptofanu, pochłoniętego przez kiszki i przypuszczaliśmy, że im więcej indolu, tem mniej indykanu, że im więcej tryptofanu pochłonie ustrój, tem mniej pozostaje do gnicia w kiszce; — ale wobec tego, że ilość indolu wzrasta razem z indykanem przy tłuszczach, że maleje z nim razem przy żelatynie, musieliśmy tej ponętnej hipotezy poniechać.

Z kolei rozpatrzymy losy indolu w kale i często omawianą zależność od nich indykanu w moczu. Z tablicy I. mało wnosić można, bo dyeta za wielkim podlegała wahaniom. Widzimy, że dyeta tłuszczowa powiększa stale ilości indolu w kale, co mniej więcej odpowiada powiększeniu indykanu w moczu, że dyeta cukrowa obie te liczby obniża. Badania te były raczej wstępem i wyników pewnych nie dają.

Daleko lepiej ocenić możemy wpływ dyety z tablicy II. Przy dyecie mlecznej widzimy skłonność do obniżania się ilości indolu i indykanu i jednocześnie widzimy, że podana ilość indolu nie odbija się na ilości indykanu. Cukier wywołuje obniżenie ilości indolu w kale i indolu w moczu, mimo to mamy powiększenie ilości indykanu, wywołane tu prędzej przez zaburzenia kiszkowe, które wielka ilość cukru sprawiła; wobec tego dodany indol wyraźnie powiększył ilość indykanu w moczu. Tłuszcze wyraźnie podniosły ilość indolu i indykanu i zgodnie z tem zauważyliśmy wyraźny wpływ na indykan podanego indolu. Przy cukrze różnica stanowiła 0·01 gr., przy tłuszczach 0·04. To znaczy, że 0·02 gr. indolu podane w czasie dyety, obfitującej w cukry, dało więcej o 0·01 indykanu, a tesame 0·02 indolu, podane przy tłuszczach, dały 0·04 indykanu.

Najcenniejsze wyniki otrzymujemy z tablicy III i IV. Widzimy przedewszystkiem wyraźny wpływ dyety na indol moczu i kału, na indykan moczu i chłonienie kiszkowe. Dodanie żelatyny p o d n i o s ł o ilość indolu w kale, mimo to obniżyło ilość indykanu. Pamiętać należy, że materyał, dostarczający indolu, nie zmieniał się, że stała ilość sernika i chleba trwała przez wszystkie dni doświadczeń, że zatem zmiany w dyecie miały tylko wykazać różne zachowanie się pożywienia w kiszkach, mniej lub więcej szybkie chłonienie i mniej lub więcej dokładne spalenie wytworzonego indolu. Jednocześnie podawany indol nie zmienił ilości indykanu moczu. Następne trzy dni trwała dyeta cukrowa. Z początku widzimy znaczne wzmożenie się indolu w kale i moczu, jak gdyby cukier wywołał gorsze chłonienie. Jednocześnie podnosi się indykan moczu, a dodany indol wyraźnie się zaznacza w liczbach indykanu. Świadczy to, że w niektórych razach ilość indykanu zależna jest od indolu kału. W ponownem gniciu ilość indolu jest nieznaczna, świadcząc o tem, że cały indol utworzył się prędko. Początkowe wznoszenie się ilości indolu i indykanu przy dyecie cukrowej może pochodzić także z wzmożonego gnicia, które pod wpływem cukru na razie wzrasta, a potem dopiero maleje. Zupełnie inaczej wpłynęła dyeta tłuszczowa. Tu co dnia wznosi się indykan moczu i co dnia indol kału, nawet indol otrzymany przy ponownem trawieniu jest dość znaczny. Dodana ilość indolu wykazuje zwyżkę 0·13 gr. indykanu, kiedy dawniej przy cukrze i mleku wykazywała 0·09. Świadczy to o obniżeniu tolerancyi.

Dyeta, obfitująca w białka, wykazuje podobnież wpływ na tolerancyę, 0·02 gr. indolu wywołuje powiększenie ilości indykanu o 0·11, — 250 gr. sera, które obok poprzedniej dyety podawano, stanowiło więcej niż zdwojoną ilość tryptofanu. Widzimy jednak, że indykan moczu stosunkowo nieznacznie się podniósł i mimo 33 gr. azotu w moczu stanowił 0·217 gr., kiedy przy tłuszczach 15 gr. azotu moczu dawało 0·219 indykanu, zatem tęsamą ilość. Świadczy to o dobrem chłonieniu białka, świadczy o stosunkowo niewielkiej ilości materyału, podlegającego gniciu, albo raczej o dobrej tolerancyi, o wybitnem spalaniu pochłoniętego indolu. Ponowne gnicie kału dało bardzo dużo indolu, zatem dużo niestrawionego białka zalegało w kiszkach, mimo to ilość indykanu nie jest duża i raczej chyli się do poziomu prawidłowego. Dodanie jarzyn do mleka wywołało bardzo wybitne obniżenie się ilości indolu w kale i obniżenie indykanu w moczu. Ponowne gnicie wykazało, że obniżenie to polega na niepochłonięciu białka, bo indol otrzymany z powtórnego gnicia przewyższa ilością indol znaleziony w kale.

Następne okresy są powtórzeniem poprzednich, z tą różnicą, że raz dawaliśmy dużo węglowodanów, a drugi raz ograniczaliśmy ich ilość. W obu razach było dużo roślinnego pożywienia, które wybitnie powiększyło ilość niezużytkowanego białka. I tu cukier obniżył indol kału i indykan moczu, tłuszcze powiększyły obie te wielkości.

Próbowaliśmy wreszcie porównać dyetę, obfitującą w grupy tryptofanowe, z dyetą, która tryptofanu nie zawiera. W tym celu przez kilka dni podawano 20 żółtek, lub 200 gr. mózgu, co wywołało powiększenie indolu w kale i indykanu w moczu. Powiększenie ilości indykanu mimo obfitującej w tryptofanowe grupy dyety, było nieznaczne. Świadczy to, że nie b e z w z g l ę d n a i l o ś ć białka, ale jego c h ł o n i e n i e wywiera rozstrzygający wpływ na ilość indykanu i indolu. Następne cztery dni podawano tylko kukurydzę, ponieważ według Osborne i Harrisa [11]), ziarno to zawiera bardzo niewiele tryptofanu. Obniżyliśmy w ten sposób indykan moczu i indol kału, a kiedy potem dodaliśmy tłuszczu, zauważyliśmy ogromne powiększenie ilości indykanu, które składamy na karb zmniejszonej tolerancyi. Azot moczu przy tłuszczu się nie zmienił, a co dziwniejsze, indol moczu, zwykle podnoszący się przy tłuszczach, tu zmiany typowej nie okazał.

Wreszcie ostatnie dni zużytkowano na badanie wpływu tłuszczów i cukrów przy dyecie, ubogiej w węglowodany. Tu tłuszcze wykazały wybitny wpływ, podnosząc ilość indolu w moczu i kale, podnosząc szczególniej ilość indolu powtórnego gnicia. Cukry zaś obniżyły jak zwykle obie wartości, obniżając jednocześnie indykan moczu.

Zbierając wszystko, co powiedzieliśmy wyżej, musimy zaznaczyć, że związek między indolem kału i indykanem moczu niezaprzeczenie wykryć się daje. Możemy przypuścić na mocy naszych doświadczeń, że dyeta roślinna obniża ilość indykanu w ten sposób, że nie pozwala gnić białkom, że je usuwa. Gnicie to daje się wykazać potem

[11]) Osborne i Harris. Amer. Journ. of chem. Soc. I, 25.

przy ponownem trawieniu. Wszystkie nasze wyniki, oznaczone w tablicy III i IV jako indol II, wykazują olbrzymią różnicę w ilościach indolu przy dyecie roślinnej i dyecie mlecznej. Ale jeżeli w niektórych razach ten stosunek indolu kału do indykanu w moczu wydaje się prosty, to przecież są wpływy, może za mało oceniane, które wytworzony już indol zmieniać są zdolne. Nietylko nasze doświadczenia z żelatyną lub kukurydzą o tem świadczą. Nawet te pozornie zgodne wyniki, otrzymane przy dodawaniu tłuszczów, zużytkować można do poparcia twierdzenia, że indol kału nie stanowi jedynego czynnika, że obok niego stanąć musi czynnik sprawności ustroju. Przyjrzyjmy się ilościom, otrzymanym przy tłuszczach. Napozór nic prostszego: tłuszcz powiększa ilość indykanu moczu, bo powiększa ilość indolu w kale. Ale dlaczego ilość indolu w kale tak znacznie się powiększa? Ilość chlorków w kale zawsze jest przy tłuszczach nizka, zatem chłonienie jest lepsze, zatem i indol wchłonąćby się musiał. Jeżeli jednak indol znajdujemy w kale, to widać, że go tłuszcz nie puszcza, że go przed chłonieniem chroni, boć ilość tego indolu jest stała, białka nie mogą dać więcej indolu. Zatem tłuszcz musiałby chronić białko przed wessaniem i oddawać mniej tryptofanu, a więcej sprowadzać go do jelit. Potrochu sprawa się tak mieć może, bo ilość azotu moczu się obniża, mimo, że chlorki wzrastają. Więc tłuszcze mogą przez obniżanie chłonienia kwasów amidowych doprowadzać więcej tych kwasów, a więc i tryptofanu do kiszki grubej. Więcej też azotu znajdujemy w kale, prawie o tyle więcej, ile nam brakuje w moczu, i więcej indolu w kale. Ale właśnie to więcej indolu w kale, ta wielka ilość indolu, otrzymana po ponownem gniciu, daje nam do myślenia. Przecie Gorter [12]) nie wahał się twierdzić, że indol, znajdowany w kale, dałby indykan w moczu, zatem ten indol, zatrzymywany przez kał, wydzielany przez kał, musi obniżać ilość pochłoniętego indolu. I niezaprzeczenie potrochu tak być musi. Więc owo pozorne wznoszenie się ilości indolu w kale i indykanu w moczu bynajmniej jeszcze nie świadczy o prostej zależności, świadczy raczej o tem, że przy dyecie tłuszczowej czynimy ustrój niezdolnym do spalania indolu, świadczy o tem, że nawet prawidłowa, albo trochę niższa ilość indolu wywoła wyraźnie zwiększenie się indykanu. To rozumowanie doprowadza nas do wniosku, który dawniej już uczyniliśmy, patrząc na jednoczesne wznoszenie się wraz z indykanem kwasu szczawiowego, acetonu, kwasu moczowego, kwasów amidowych, amoniaku — wszystko to świadczy o temsamem: o zmniejszeniu możności ustroju, o zmniejszeniu się siły utleniającej.

Przypominam podobne rozumowanie G. Rosenfelda przy ocenianiu sprawności wątroby przy spalaniu cukrów i zatłuszczeniu.

To co mówiliśmy o tłuszczach i co szczególniej widać z naszych doświadczeń przy dyecie roślinnej, to da się z małemi zmianami powtórzyć o cukrach. I tu pozorna zgodność ilości indolu i indykanu. Zwolennicy teoryi Jaffego i Ellingera uważaliby to za potwierdzenie swych poglądów. Znane są ich dzieła o odwracaniu perystaltyki, o królikach zjadających kał i t. p. Zmniejszenie stopniowe indolu w kale idzie w parze ze zmniejszeniem azotu kału i z powiększeniem chlorków, zatem chłonienie chlorków jest niedobre, indol powinienby wraz z chlorkami znaleźć się w kale. Gdyby bakterye gnilne tworzyć go nie chciały na razie, wtedy znalećby go można przy ponownem gniciu, jak znajdowaliśmy przy dyecie roślinnej, przy dyecie tłuszczowej.

Tymczasem indolu tego niema. Ilość azotu w moczu, świadcząca o pochłoniętych tryptofanach, nie powiększa się, zatem cukier nie wpłynął na lepsze wessanie białka, raczej wpływa na gorsze wsysanie. Indol zdaje się znikać w kale, zmieniać się w inną formę, skoro go nigdzie wykryć nie można. Chyba, żeby się wessał w krew. Ale wtedy musiałby powiększyć ilość indykanu, gdyby go ustrój nie spalił. I znowu z roztrząsania tych spostrzeżeń dochodzimy do wniosku, że indol raczej pochłonięty został, skoro go w kale odnaleść nie możemy ani w pierwszej porcyi, ani po drugiem gniciu. Jeżeli jednak wchłonięty został, to siła spalania ustroju musiała przy cukrze uledz zmianie, musiała się powiększyć, skoro nawet tak znaczne pochłonięcie nie wywołało podwyższenia, ale raczej obniżenie indykanu. Że w tem jest trochę słuszności, o tem świadczy doświadczenie z indolem, które wykazuje wyraźną poprawę tolerancyi w obu razach. Pomimo więc wielkiej ilości chlorków, (a może właśnie one świadczą o zmienionych warunkach chłonienia, może cukier nasycił już krew) — pomimo wielkiej ilości chlorków indol przy cukrze uległ lepszemu chłonieniu i tylko dlatego nie występuje w moczu, że go ustrój spala.

Dowodzenia tego nie zmieni spostrzegane w początkach dyety cukrowej powiększenie się ilości indolu i indykanu. Cukier może spowodować złe chłonienie, szczególniej w początkach. To złe chłonienie już samo przez się da dużo indolu (wtedy należałoby jednak oczekiwać małej ilości indykanu w moczu). Złe chłonienie może tyczy się tylko białka i grup tryptofanowych (wtedy obniżałby się azot moczu). Musimy zatem przyjąć, że początkowe podwyższenie ilości indolu w kale i wynikłe stąd — (albo może pomimo tego) podwyższenie ilości indykanu moczu — polegać może albo na niesprawności kiszek, które tego indolu pochłonąć nie zdołały, albo na chwilowem ogłodzeniu ustroju, który pochłoniętego indolu spalić nie zdołał. Z czasem kiszki chłoną lepiej, indol w kale znika, ilość indykanu jednak opada w moczu, bo ustrój spala indol z łatwością. Bakterye przy cukrze nie zmniejszają gnicia; o tem świadczy powtarzane już nieraz doświadczenie z ponownem gniciem kału. Więc kał mógłby wytworzyć indol, i wytworzył go zapewne, tylko indol został wessany.

Doświadczenia nasze wskazują na to, że:

1) Przy ocenianiu gnicia w kiszkach i wynikającego stąd indykanu należy się liczyć nietylko z ilością całego białka, ale, co najważniejsze, z ilością wchłoniętego białka, więc i z ilością tego, co w kiszkach do gnicia pozostało.

2) Powiększenie indykanu w moczu albo jego zmniejszenie świadczy nietylko o mniejszej lub większej ilości zalegającego indolu w kale, ale raczej o sprawności ustroju. Tasama bowiem ilość indolu w niektórych razach indykanu nie powiększy, w innych wpłynie wyraźnie na jego ilość.

[12]) Archives des maladies des enfants T. 11.

3) Ciało, dające odczyn indolu i otrzymane przy przekraplaniu moczu, zwane »indolem moczu«, podlega wielkim, lecz prawidłowym wahaniom i może się stać wskaźnikiem spraw zachodzących w ustroju.

Oceny i sprawozdania.

P. Ehrlich: **Abhandlungen über Salvarsan.** (Tom III. J. F. Lehmann, Monachium, 1913).

Tom niniejszy jest podobnie, jak poprzednie, zbiorem prac, ogłoszonych w »Münch. med. Woch.« 1912, a wybranych przez Ehrlicha i ułożonych w pewne grupy. Znajdujemy zatem zebrane prace o zanieczyszczeniu wody, używanej do wstrzykiwań salwarsanu, o działaniu tego przetworu na narząd nerwowy i o działaniu ubocznem, o wynikach uzyskanych w chorobach niekiłowych, wreszcie i o nowym salwarsanie. W końcu omawia Ehrlich bardzo obszernie i krytycznie wiele zagadnień, związanych ze stosowaniem tego przetworu arszenikowego, roztrząsa różne zapatrywania o szkodliwem działaniu arszeniku na tkankę nerwową, rozbiera krytycznie przypadki śmiertelne, wreszcie tłómaczy wprowadzenie nowego salwarsanu (Neo-salvarsan).

F. Krzyształowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Carnot: **O miejscowem leczeniu obrzęków.** (Paris médical 1913, Nr 28). Miejscowe leczenie obrzęków podskórnych stosować należy wówczas, gdy leczenie wewnętrzne środkami sercowymi i moczopędnymi nie odnosi skutku. Przy nieznacznych obrzękach otrzymujemy dobre wyniki zapomocą miesienia. Przez miesienie zamieniamy obrzęki twarde na miękkie, przynosimy ulgę w uczuciu naprężenia w kończynach dolnych, a nawet możemy przez metodyczne miesienie doprowadzić płyn z obrzęków do krążenia ogólnego i wywołać obfite wydzielanie moczu. Miesienie należy stosować tylko wtedy, gdy skóra nie jest dotknięta stanem zapalnym. Prócz miesienia należy stosować wieczorem przez 2 minuty ruchy różnych kończyn. Autor podał też pewien zabieg własny celem umożliwienia rytmicznego miesienia obwodowego. Oprócz miesienia można zadziałać miejscowo na obrzęki przez okłady słonoglicerynowe, które na drodze osmozy wywołują przenikanie wody przez skórę do rozczynu o większem zgęszczeniu. Trzecim sposobem mechanicznym są nasiekiwania (skaryfikacye), głębokie nacięcia lub sączkowanie zapomocą trójgrańców włosowatych Southeya lub zakrzywionych Müllera albo też kolców Curschmanna. Ujemną stroną tego sposobu jest łatwość zakażenia rany oraz niekiedy ciągłe sączenie się, a w dalszym ciągu ciągła wilgoć i zimno dokuczające choremu. Ilość płynu, która tym sposobem da się odciągnąć, jest olbrzymia, bo wynosi od jednego do kilkudziesięciu litrów na dobę. Równocześnie zaczyna się obfite oddawanie moczu, gdyż przesięki znakomicie wchłaniać się zaczynają przez żyły skórne, uwolnione od ucisku, wywieranego przez obrzęki.

Dr Blassberg.

Prof. Thomayer: **Uwagi nad nowotworami móżdżku.** (Časopis lékařův českých 1913, Nr 12). Podawszy obszerną historyę choroby chorego, dotkniętego nowotworem móżdżku, podkreśla autor dwa charakterystyczne objawy, spostrzegane w przebiegu tego cierpienia. Pierwszym z nich są zaburzenia równowagi, ale tylko ruchów automatycznych, co jest w związku z tem, że móżdżek zawiera ośrodki dla tych właśnie czynności. Drugim objawem jest spostrzegana przez autora w podobnym przypadku w roku 1912 t. zw. ortostatyczna tachykardya. (Tętno u chorego leżącego wynosiło 96, u stojącego 156). Gdyby się okazało, że ten objaw w przypadkach schorzeń móżdżku jest stałym, miałby on wielkie znaczenie rozpoznawcze, jako łatwo dostrzegalny. W omawianym przypadku nowotwór, prawdopodobnie glejak, zajmował całego robaka móżdżku i równomiernie obie półkule móżdżkowe.

M.

Dal Lago: **Miażdżyca tętnic żołądkowych i przypadek krwawych wymiotów na tem tle.** (Riforma med. 1913. Nr 9). Miażdżyca tętnic może wystąpić jako zmiana miejscowa w zakresie pewnego tylko narządu, względnie w danym narządzie uwydatnia się wybitniej, niż gdzieindziej. Tak np. znane są przypadki miażdżycy tętnic mózgowych bez zajęcia tętnic skroniowych, miażdżycy tylko w zakresie tętnic śledziony, zwłaszcza u osób dotkniętych zimnicą i i. Wielkim krokiem naprzód jest ustalenie obrazu klinicznego, odpowiadającego usadowieniu się miażdżycy w poszczególnych narządach; dzisiaj dobrze już znamy objawy kliniczne zmian nerek na tle miażdżycy, dusznicy bolesnej prawdziwej, miażdżycy tętnic mózgowych, rdzeniowych i płucnych. Zdobyczą ostatnich lat jest zbiór objawów, zależnych od miażdżycy tętnic żołądkowo-jelitowych; zmianę tę możemy spotkać tylko w zakresie samego żołądka, lub też równocześnie i w innych narządach jamy brzusznej; najczęściej bywają nią dotknięte tętnice krzywizny małej. Zmianom miażdżycowym towarzyszą i zapewne są od nich zależne stany chorobowe samej ściany żołądka w postaci nieżytów i owrzodzeń. Objawy, wywołane temi zmianami w tętnicach żołądka, można podzielić według Carrierea i Otta na 3 grupy: postać dyspeptyczną, postać cechującą się bólami i wreszcie postać krwotoczną. Postać dyspeptyczną charakteryzują objawy występujące wkrótce po jedzeniu. Po ziewaniach i senności doznaje chory uczucia pełności w żołądku, jakby bolesnego rozpychania, z utrudnieniem oddechu, rzadko zaś dołączają się nudności i wymioty; nadpępcze jest napięte i na ucisk bolesne. Dolegliwości te znikają zwykle wśród odbijania i znowu powracają po następnem spożyciu pokarmów; apetyt nie ulega zmianie, również i wyniki badania żołądka pod względem czynnościowym są prawidłowe. Postać bolesna: bez wyraźnej przyczyny, lub też tylko z powodu przyczyny przypadkowej, jak nadmiernie obfity posiłek, wzruszenie itp. doznaje chory kilkuminutowego uczucia kurczu lub rozpychania w nadpępczu; niekiedy bóle te mogą przybrać gwałtowny charakter i rozpromieniać się ku łopatkom i grzbietowi, a nadto łączyć się z nudnościami i odbijaniem; stan ten trwać może nawet do dwu godzin i ustępuje wreszcie po wymiotach. Równocześnie lub też przed, albo po tych napadach, mogą występować mniej lub więcej całkowite napady dusznicy bolesnej, lub inne zaburzenia ze strony serca, jak zwolnienie, przyspieszenie lub niemiarowość tętna. Postać krwotoczna zachodzić może także u osobników młodych. Po dolegliwościach żołądkowych, na ogół niezbyt wybitnych, występują wymioty krwawe, zazwyczaj szybko wiodące do zejścia śmiertelnego, lub też brak wymiotów, a wtedy przebieg jest powolny. Przyczyną krwotoku jest zwykle pęknięcie tętniaka, znajdującego się często na dnie owrzodzenia błony śluzowej, niekiedy jednak w braku tego czynnika zmuszeni jesteśmy przyjąć krwotok »per diapedesin«. Dwie pierwsze postacie występują zwykle równocześnie z ogólną miażdżycą i ze względu na objawy sercowe mogą tworzyć obraz kliniczny, identyczny z dusznicą bolesną o typie pseudogastralgicznym Hucharda. Ze względu na to podał Bonnamour nieco odmienny podział objawów, wywołanych miażdżycą tętnic żołądkowych, a mianowicie: a) dusznica bolesna o typie pseudo-gastralgicznym i b) postać krwotoczna, będąca wyrazem usadowienia się miażdżycy przeważnie lub wyłącznie w żołądku. Przypadków krwawych wymiotów na tle miażdżycy tętnic żołądka dotąd opisano około 15. Przypadek Dal L. dotyczy 58-letniego

marynarza, który zginął wśród krwawych wymiotów i stolców, powtarzających się kilkakrotnie w ciągu dwu dni. Sekcya wykazała bardzo nieznaczną miażdżycę ogólną, natomiast wybitne zmiany miażdżycowe tylko w zakresie tętnicy wieńcowej żołądka. Przyczyną krwotoku było pęknięcie tętniaka, powstałego w obrębie tej tętnicy. Przyczynę tego wybitnie miejscowego usadowienia się zmian miażdżycowych w tym przypadku, upatruje Dal L. w otyłości, skazie moczanowej, nieregularnem odżywianiu się i piciu. Dr T. T.

Eppinger: **W sprawie patologii śledziony.** (Tow. med. wewn. Wiedeń. Maj 1913). Doświadczenia wykazały, że po wyjęciu śledziony zmniejsza się bardzo znacznie ilość jodu we krwi. W wielu sprawach chorobowych, jak w złośliwej niedokrwistości, żółtaczce hemolitycznej, marskości wątroby, a nawet w zwykłej żółtaczce ilość jodu we krwi jest znacznie większa. To samo odnosi się do urobiliny. Wobec tego powstała myśl, by przy tych sprawach chorobowych usuwać śledzionę, zwłaszcza przy wyraźnych objawach hemolizy. W tej myśli w dwóch przypadkach złośliwej niedokrwistości usunięto śledzionę (prawidłowych rozmiarów), a wynik był znakomity. Ilość ciałek czerwonych podniosła się szybko, chorzy przybrali do 10 kg. na wadze, ilość urobiliny opadła. Również dokonano tego zabiegu w dwóch przypadkach przerostowej marskości wątroby i osiągnięto zniknięcie żółtaczki i poprawę stanu ogólnego. Korzystne wyniki osiągnięto w chorobie Bantiego i żółtaczce hemolitycznej K.

Prof. De Renzi: **Gnilec, krwawiączka i niedokrwistość złośliwa postępująca.** (Riforma medica, 1913, Nr 10). R. opisuje przypadek, dotyczący 15-letniego chłopca, który zachorował wśród zawrotów głowy, bólów w kolanach i coraz bardziej postępującego osłabienia. Równocześnie wystąpiła bladość skóry, a wreszcie pojawiły się krwotoki z dziąseł i wybroczyny skórne bez żadnej wyraźnej przyczyny. Na podstawie tych objawów i wywiadów, tyczących się sposobu żywienia chorego, przyjął R. gnilec; jednakże badanie brwi wykazało ilość ciałek czerwonych 1,580.000, a hemoglobiny 43%; nadto, mimo bardzo energicznego leczenia przeciwgnilcowego, liczba ciałek czerwonych spadła wkrótce do 995.000 w 1 mm^3, co wskazywało, że chodziło tutaj jeszcze o jakieś powikłanie, sam gnilec bowiem pod wpływem odpowiedniego leczenia szybko ustępuje. Dane te, t. zn. liczba ciałek czerwonych poniżej miliona, niestosunkowo wysoki odsetek hb. i ciągłe pogarszanie się przemawiały za niedokrwistością złośliwą; wprawdzie badanie krwi nie wykazało megaloblastów, jednak według dzisiejszego stanu nauki megaloblasty, względnie wogóle jądrzaste ciałka czerwone krwi, nie są koniecznie potrzebne do obrazu klinicznego niedokrwistości złośliwej. Przyłączenie się tego powikłania w tym przypadku do gnilca tłumaczy R. wtargnięciem drobnoustrojów do krwi przez ubytki, wywołane zmianami gnilcowemi w błonie śluzowej jamy ustnej; rzeczywiście badanie bakteryologiczne krwi. wziętej z żyły środkowej przedramienia, wykazało obecność gronkowca. (Dla całokształtu obrazu klinicznego wszelkich skaz krwotocznych omawia R. w swej pracy między innemi także i krwawiączkę). Dr T. Tempka.

A. Zamenhof. **O gnilcu i jego istocie** (Kuracisto 1913 Nr 5—6). Autor miał sposobność spostrzegać bardzo liczne przypadki gnilca (skorbutu) w Porcie Artura, podczas oblężenia w czasie wojny rosyjsko-japońskiej, oraz podczas 2½-letniej praktyki lekarskiej w północno-wschodniej Syberyi w kopalni złota, gdzie gnilec stale panuje jako choroba miejscowa. Z. rozróżnia trzy główne postacie choroby, a mianowicie: 1) krwotoczną, 2) wysiękową, 3) nerwową. Oprócz tego bywają częste postacie mieszane lub szczątkowe i poronne. Zdaniem Z. jest gnilec chorobą zakaźną, która zależnie od różnych okoliczności występuje w rozmaitych postaciach. Z. przypuszcza, że drobnoustroje należą do pierwotniaków, podobnie jak pasorzyty zimnicy, i że albo same przez się, albo przez swoje jady zakażają ustrój ludzki. Czynnik zakaźny zdaje się przebywać w powierzchownych warstwach ziemi, gdyż choroba najczęściej pojawia się u osób zajętych przy robotach ziemnych, przy kopaniu rowów, nasypów i t. p. Choroby znane pod nazwą »beri-beri«, oraz »hydropisie épidemique« uważa autor za identyczne z gnilcem. Pod względem leczniczym działa między innemi dobrze porzucenie zajęcia i zmiana miejsca pobytu. Dr Blassberg.

Oettinger. **Wrzód dwunastnicy a kamica żółciowa** (Paris médical 1913, Nr 27). Rozpoznanie wrzodu dwunastnicy bywa najczęściej tylko prawdopodobne, a nie pewne. Bardziej za wrzodem dwunastnicy, aniżeli żołądka, przemawiają następujące objawy: bóle występujące tylko od czasu do czasu, siedziba ich w okolicy wrzekomych żeber po prawej stronie i rozpromienianie się bólów raczej ku stronie prawej, aniżeli w okolicę grzbietu i między łopatki, późne występowanie bolów i dochodzenie do szczytu w drugiej połowie nocy, oraz usposobienie do krwotoków jelitowych. Zmienność objawów zależy w dość znacznym stopniu od tego, w jakiej odległości od odźwiernika znajduje się wrzód dwunastnicy. Ponieważ ściany jelita są znacznie cieńsze, aniżeli żołądka, przeto przy wrzodzie dwunastnicy o wiele łatwiej powstaje na otaczającej otrzewnej sprawa zapalna, stając się punktem wyjścia dla licznych zrostów otrzewnych. Rozpromienianie się bólów dwunastniczych, w odróżnieniu od żołądkowych, ku prawej stronie, powstaje wskutek zrostów. Również i głód, połączony z bólem (tak zwany »Hungerpain« Anglików), oraz względna rzadkość wymiotów, bardziej przemawiają za wrzodem dwunastnicy. Natomiast krwotoki jelitowe, bez towarzyszących wymiotów krwawych, są jedyną pewną różnicą wrzodu dwunastnicy od objawów kamicy żółciowej, zwłaszcza przy krótkotrwałym napadzie bólu i przy niewyczuwalnym pęcherzyku żółciowym. Trudność rozpoznawcza może mieć swoje źródło w tem, że zarówno w jednem, jak i w drugiem cierpieniu bóle mogą zależeć od zrostów dokoła dwunastnicy. Niekiedy wywiady, stwierdzające przebytą już dawniej kamicę wątrobną z żółtaczką, umożliwiają rozpoznanie kolki żółciowej, natomiast krwotok jelitowy przemawia za wrzodem dwunastnicy. Należy jednak pamiętać, że oba cierpienia mogą istnieć równocześnie i że jedno z tych dwóch cierpień może się przyczyniać do powstania drugiego. Przy przypuszczeniu wrzodu dwunastnicy należy zawsze badać stolec co do krwi utajonej, przyczem wynik dodatni dowodzi tej sprawy, ale ujemny jej nie wyłącza. Zapomocą radyoskopii stwierdzamy przy wrzodzie dwunastnicy przesunięcie żołądka w prawo, sprawione przez zrosty, a wydalanie mieszanki bizmutowej odbywa się w takich przypadkach znacznie szybciej, aniżeli przy wrzodzie usadowionym w odźwierniku. Dr Blassberg.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 5. III. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 66.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes Dr Janiszewski poświęcił kilka słów pamięci zmarłego ś. p. Dra Bielańskiego, przyczem obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

3) Na członka honorowego Towarzystwa zaproponowano na wniosek Wydziału kol. Prof. Dra Pieniążka, odkładając według statutu wybór jego do następnego posiedzenia.

4) Na członków zwyczajnych Towarzystwa wybrano jednomyślnie kolegów Rogalskiego, Pieńkowskiego i Borowieckiego.

5) Odczytano odezwę Komitetu krajowego dla spraw IV. międzynarodowego Zjazdu dla higieny szkolnej w Buffalo 1913, zapraszającą Towarzystwo do wzięcia udziału w Zjeździe przez wysłanie delegata do Buffalo.

Prezes Dr Janiszewski po odczytaniu odezwy zawiadamia, że na posiedzeniu Zarządu Towarzystwa d. 5. III. 1913 uchwalono nie wysyłać reprezentanta na Zjazd, gdyż fundusze Towarzystwa na to nie wystarczają. Zachęca natomiast członków do wzięcia udziału w Zjeździe i nadmienia, że miasto Kraków przeznaczyło pewną kwotę dla jednego z lekarzy szkolnych, gdyby tenże jechał na Zjazd.

5) Prof. Rutkowski przedstawia ze swego oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza następujący szereg chorych i preparatów, uzyskanych zapomocą operacyi: a) Chory, operowany z powodu blizny, powstałej w odźwierniku skutkiem **wrzodu żołądka.** b) Chora operowana również z powodu **wrzodu żołądka.** c) Chory, któremu R. **usunął otorbioną parafinę** z okolicy kanału pachwinowego lewego. Parafina ta stanowiła guz otorbiony wielkości pięści. Przed 10 laty chory ten był leczony wstrzykiwaniami parafiny przeciwko przepuklinie pachwinowej lewej. Przepuklina nie ustąpiła, a guz musiał być usunięty przy zabiegu doszczętnym. d) Preparat z analogicznego przypadku, który prelegent miał sposobność operować przed 5 laty. e) Preparat z nadzwyczaj dużego wrodzonego rozdęcia okrężnicy **(megacolon congenitum).**

W dyskusyi przemawia kol. Radliński, wspominając o wynikach leczenia przepuklin wstrzykiwaniami parafiny i o przypadkach spostrzeganych przez siebie.

6) Kol. Prof. Reiss przedstawił następujące przypadki chorobowe: a) Chora, wyleczona z **promienicy policzka** zapomocą podawania wewnętrznie jodu oraz wstrzykiwań rozczynu Lugola do guzów w ilości 1—2 cm^3 co kilka dni. b) Chory z niezwykłą postacią rozległych **nacieków kilakowych,** zbliżonych morfologicznie do typu »scrofuloderma«, z równoczesnemi zmianami prawdopobnie natury kilakowej w wątrobie i śledzionie. c) Chora z niezwykłą postacią **lichen planus pigmentosus** w zakresie kończyn górnych i dolnych, wiodącą gdzieniegdzie do zmian zanikowych, leczoną małemi dawkami salwarsanu (0,2 pro dosi). d) **Foliculitis** o typie trądzika (acne) w zakresie kończyn, jako przypadek trądzika sztucznie wywołanego (acne artificialis) wskutek długotrwałego działania parafiny, tudzież produktów suchej destylacyi węgla kamiennego. Chory zatrudniony jest przy fabrykacyi asbitu. e) **Lues gummo-tuberculosa serpiginosa** w formie rozległej, w zestawieniu z zupełnie morfologicznie podobnym i na pierwszy rzut oka trudnym do odróżnienia przypadkiem **lupus orbicularis serpiginosus**. d) Chora **z naciekiem kilakowym** bardzo ograniczonym w zakresie fałdów noso-policzkowych. e) **Keratodermia symmetrica palmae manus utriusque,** leczona kwasem pyrogallusowym. f) Chora ze zmianami późnego nawrotu guzkowo-obrączkowego w zakresie szyi. g) **Enanthema medicamentosum** (po dłuższem zażywaniu przetworu santalowego z extract. kawa-kawa) z równoczesnemi zmianami kiłowemi na częściach rodnych. g) Chora **z wysypką kiłową drobnoguzkową** świeżą (syph. papulosa miliformis recens). h) Przypadek **alopecia areata progressiva** i **pityriasis rosea.**

W dyskusyi przemawiają kol. Blassberg, prym. Borzęcki i prof. Reiss.

7) Kol. Prof. Piltz przedstawił: a) 38-letniego mężczyznę, z praktyki prywatnej, cierpiącego od kilku lat na ścierpnięcie i osłabienie władzy w palcach prawej ręki. Z biegiem czasu pisanie stawało się też coraz bardziej utrudnione.

Badanie dało wynik następujący: Objawy podmiotowe: utrudnienie przy zapinaniu ubrania; wypadanie przedmiotów z ręki; niemożność wyjmowania przedmiotów z kieszeni. Objawy przedmiotowe: zniesienie czucia położenia w palcach i osłabienie tegoż czucia w stawie nadgarstkowym; zniesienie zmysłu stereognostycznego; osłabienie czucia bólu i ciepła na palcach i na dłoni w górę aż do stawu nadgarstkowego, na wewnętrznej powierzchni silniejsze, niż na zewnętrznej; osłabienie czucia bólowego i termicznego na szyi i na klatce piersiowej pomiędzy drugiem a szóstem żebrem po stronie prawej; wygięcie części grzbietowej kręgosłupa z wypukłością zwróconą w stronę prawą; bezład w palcach; podobne do atetotycznych powolne samoistne ruchy w palcach ręki prawej, w stawie nadgarstkowym, pronacyjne i w stawie łokciowym — o których chory nic nie wie, wreszcie nieznaczne osłabienie czucia położenia w palcach prawej nogi.

Lekarz ordynujący rozpoznawał u tego chorego kurcz pisarski. Piltz rozpoznał w styczniu 1912 r. gliozę rdzenia. W marcu 1912 r. chory pojechał do Wiednia, gdzie jeden z profesorów neurologii rozpoznał stwardnienie rozsiane. W Berlinie jeden z profesorów neurologii rozpoznał gliozę w prawej połowie rdzenia szyjnego, a drugi — jak to widać z listu jego — sprawę korową, i zaproponował choremu wykonanie trepanacyi próbnej w okolicy korowego ośrodka ruchów prawej ręki.

Piltz krytykuje rozpoznanie stwardnienia rozsianego, jak również i rozpoznanie sprawy korowej w danym przypadku. Brak drżenia oczu, drżenia przy ruchach kończyn, ogólnego wzmożenia odruchów ścięgnistych, zaburzeń wzroku i stwierdzenie zaburzeń czucia t. zw. syryngomyelitycznych — wyłącza rozsiane stwardnienie rdzenia. Brak jakichkolwiekbądź zaburzeń mózgowych przemawia przeciwko rozpoznaniu sprawy korowej. Na myśl o sprawie korowej mogły naprowadzić chyba jedynie wyżej wspomniane ruchy. Ruchy te jednak są pseudoatetozą, zależną jedynie od zniesienia czucia położenia, a nie atetozą, zależną od zajęcia kory mózgowej. To też propozycya próbnej trepanacyi w tym przypadku była bezwzględnie niewłaściwą.

b) Przypadek **ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia** (poliomyelitis acuta) u osobnika dorosłego. F. K. liczy lat 23. Przed rokiem zachorował na »influencę« z brakiem apetytu, bólami głowy, gorączką i dreszczami, która trwała przez tydzień. Przez kilka dni po owej »influency« miał być zdrów i dopiero 5. dnia wystąpiło porażenie prawej ręki. Badanie wykazuje obecnie zanik mięśni stawu barkowego, ramienia i przedramienia. Mięśnie dłoni są prawidłowe. Odruchy ścięgniste zniesione. Hypotonia. W ciągu kilku pierwszych miesięcy nastąpiła pewna poprawa. Od pół roku już stan się nie zmienia. Zaburzeń czucia niema.

c) Przypadek **wiądu rdzenia**, leczony gimnastyką Frankla.

W dyskusyi kol. prof. Kader omawia sposoby i wyniki ewentualnego chirurgicznego leczenia chorego na zapalenie przednich rogów rdzenia.

8) Kol. prof. Kader przedstawia chorą l. 18, u której rozpoznaje: **Haemarthros haemophilicus genu dextr.** Sprawa ta, bardzo rzadka, może być powodem pomyłki rozpoznawczej z gruźlicą stawu i bardzo poważnych powikłań podczas zabiegu umotywowanego złem rozpoznaniem.

W dyskusyi zabierają głos kol. prym. Borzęcki, prof. Piltz, Hirsch i prof. Kader.

Posiedzenie z dnia 12. III. 1912 r.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 120.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na członków zwyczajnych Towarzystwa przyjęto jednogłośnie kolegów Szymonowicza i Drobniewicza.

3) Prof. Dra Przemysława Pieniążka zamianowano w uznaniu zasług, położonych na polu naukowem, członkiem honorowym Towarzystwa.

4) Kol. prof. Kader przedstawia **łóżeczko gipsowe skombinowane z równoczesnym wyciągiem** dla leczenia gruźlicy kręgosłupa.

5) Kol. prof. Bądzyński ze Lwowa (jako zaproszony gość) wygłosił odczyt: **Przemiana materyi w ustroju prawidłowym i chorym** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierają głos: a) Doc. Seńkowski, który podnosi, że prelegent, mówiąc o białku, nie wspomniał o tem, iż istotną częścią składową komórki jest protoplazma, ciało wyżej złożone, która największą rolę odgrywa w przyswajaniu. Białko jest już produktem rozkładu protoplazmy. A więc, o ile mamy do czynienia z żywą komórką i z asymilacyą, nie możemy mówić o białku, lecz o protoplazmie. Co się zaś tyczy wartości pożywczej i zdolności doprowadzania do równowagi azotowej, to zależy to w wysokim stopniu od przyzwyczajenia. Tak naprzykład Eskimosi nie używają całkiem węglowodanów, lecz tylko białka i tłuszcze. — b) Kol. prof. Marchlewski, podnosi ważność i znaczenie badania przemiany materyi w ustroju. — c) W odpowiedzi przemawiał kol. prof. Bądzyński.

Sekretarz Dr J. Zubrzycki.

XVII. Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie.

od 6. VIII. do 12. VIII. 1913.

III. Okólnik Stałego Polskiego Komitetu lekarskiego.

Dotychczas zgłosiło zamiar wyjazdu do Londynu ze wszystkich trzech dzielnic razem 30 lekarzy (doliczywszy ich rodziny, będzie z Polski około 40 osób). Część wybiera się w podróż osobno. Dla pragnących jechać razem będzie punktem zbornym Hotel Metropol w Berlinie (unter den Linden), dnia 3. sierpnia, skąd wyjazd do Londynu nastąpi dn. 4. sierpnia b. r. W punkcie zbornym zgłaszać się należy do kolegów: prof. Renckiego i prym. Piska ze Lwowa i Dr Kurtza z Warszawy.

Zgłosili się koledzy następujący: prof. Bednarski, prof. Łukasiewicz, prym. Pisek, Pfau, prof. Rencki, Ruff, (ewentualnie) prof. Gluziński ze Lwowa; Kwaśnicki, Schudmak, Spira, prof. Wicherkiewicz z Krakowa; Bączkiewicz, Bernstein, Bryndza-Nacki, Higier, Jakimowicz, St. Kijewski, Kurtz, Kucharzewski, F. Malinowski, Miszewski, Ostaszewski, Rozwadowski, Śląski, Sinołęcki, Sitkowski, Tokarski, Wiśniewski, Wolberg, F. Zawadzki z Warszawy i Królestwa.

Wykłady zgłosili F. Malinowski, Spira i prof. Wicherkiewicz.

Przypominamy raz jeszcze, że najstosowniej zgłosić się po kartę udziałową w języku francuskim, niemieckim lub angielskim do Biura kongresowego: Dr Herringham, London W., Hindestreet 13. z podaniem sekcyi naukowej, do której kto chce należeć, a równocześnie należy przesłać kwotę funta szterlingów, czyli 24 koron, 20 marek, z dodaniem ewent. jeszcze połowy tej kwoty na kartę towarzyszącej kongresiście damy i to pod adresem: The Treasurers XVII International Congress of Medicine. Biuro nasze w Londynie, jako też i biuro Centralnego Słowiańskiego Komitetu lekarskiego, założonego w Paryżu w r. 1900, mają wspólny lokal w »Royal School of Art«, która to szkoła mieści się przy ul. Exhibition Road obok Victoria and Albert Museum. W biurze tem, które będzie otwarte już w przeddzień rozpoczęcia się kongresu, t. j. 5. sierpnia, kongresiści polscy mogą zasięgnąć wszelkich pożądanych wiadomości. Dla ułatwienia zobopólnego porozumiewania się poleca się wpisywać adres pomieszkania londyńskiego do wyłożonej tamże adresowej książki. W temże biurze będzie można dowiedzieć się o sposobności zwiedzania osobliwości miasta pod przewodnictwem stosownej osoby, o którą Komitet się postara. Zwiedzanie zaś szpitali i zakładów naukowych dla Polaków zorganizuje kol. Dr Rajchman, mieszkający stale w Londynie. (Adres: University Bacteriological Research Department, University London King's College, Chandos Street 62 Strand W. C. Telefon City 8015).

Cały ruch kongresowy skupia się w Albert Hall, w dzielnicy South Kensington, to też najodpowiedniej w sąsiedztwie postarać się o mieszkanie. Kol. Rajchman przyrzekł podjąć się pośrednictwa i gotów zamówić dla większej ilości zgłaszających się stosowny hotel, gdzie np. pokój z całodziennem utrzymaniem otrzymać będzie można za $7^1/_2$ szylinga czyli 7·50 marek lub 9 koron.

Niemiecki Lloyd ogłasza ułatwienia podróży dla kongresistów: podróż I. kl. z Bremy do Southampton kosztować będzie 40 mk., a powrotny bilet ważny przez 6 miesięcy z Plymouth do Bremy razem 70 mk. Zniżki na kolejach i statkach rozmaitych linii, ogłoszone w okólnikach Komitetu organizującego kongres, są tego rodzaju, że z nich nasi uczestnicy nie będą mogli korzystać. Ktoby jednak nie z kraju wybrać się zamierzał do Londynu na kongres, znajdzie może dla siebie pewne ułatwienia, a w tym celu winien się porozumieć wprost w Biurem kongresowem w Londynie W. przy Hindestreet 13.

Prof. Wicherkiewicz.

Zwyczajne posiedzenie Centralnego słowiańskiego Komitetu lekarskiego odbędzie się w Londynie w Royal School of Art (South Kensington) we środę dnia 6. sierpnia 1913 o godzinie 9 przedpołudniem. Na porządku dziennym:

1) Zagajenie przez Prezesa Komitetu.
2) Dyskusya nad sprawozdaniem z posiedzenia odbytego dnia 17. lipca 1911 w Krakowie.
3) Referat prof. Wicherkiewicza w sprawie udziału narodowych komitetów lekarskich w Komisyi stałej dla międzynarodowych kongresów lekarskich.
4) Wybory.
5) Oznaczenie miejsca przyszłego zebrania.
6) Wnioski.
7) Zamknięcie posiedzenia.

O ile program nie zostanie wyczerpany, odbędzie się drugie posiedzenie w dniu następnym, o godzinie później mającej się oznaczyć.

Jeneralny sekretarz Dr Surzycki. Prezes prof. Dr Wicherkiewicz.

Towarzystwo internistów polskich.

Dnia 14. lipca odbyło się posiedzenie Zarządu Towarzystwa internistów polskich, na którem byli obecni członkowie Zarządu koledzy: M. Franke, A. Gluziński, W. Pisek, J. Wiczkowski.

Na posiedzeniu tem:

1) Uchwalono, jako termin II. Zjazdu internistów polskich we Lwowie dzień 20. i 21. lipca 1914 roku;

2) Ustalono tematy referatów głównych, a mianowicie

a) »Cukrzyca« — referent kol. A. Landau, koreferent M Jakowski (Warszawa).

b) »Odma piersiowa sztuczna, jako środek leczniczy przy gruźlicy płuc« — referent kol. S. Sterling (Łódź), (koreferent będzie podany później).

3) W myśl statutu T. I. P., wybrano na prezesa gospodarczego Komitetu miejscowego lwowskiego, który ma się zająć urządzeniem Zjazdu, kol. R. Renckiego.

M. Franke, sekretarz. A. Gluziński, prezes.

Wiadomości bieżące.

Kraków. »Przewodnik po zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich«, wydawany corocznie przez Polskie Towarzystwo balneologiczne od lat 10, opuścił prasę i został umieszczony w pociągach, kursujących na liniach galicyjskich, a zwłaszcza w kierunku zdrojowisk. Wydanie tegoroczne wyszło w ramach rozszerzonych. »Przewodnik« zawiera mapę zdrojowisk polskich oraz alfabetyczny spis zdrojowisk, które uwzględniają skład chemiczny źródeł mineralnych, położenie, frekwencyę roczną i t. d. Zakres »Przewodnika« obejmuje cały obszar ziem dawnej Polski. »Przewodnik«, rozszerzany bezpłatnie, jest tego roku jedynem tego rodzaju wydawnictwem, gdyż zapowiedziane w szerszym zakresie dzieło p. t. »Galicya w sezonie letnim«, nie wyszło.

— Rada miejska krakowska uchwaliła 22. VII. b. r. ostatecznie budowę miejskich zakładów sanitarnych (domu izolacyjnego, zakładu dezynfekcyjnego i t. d.) na Prądniku białym.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Antoni Glückstein rodem z Zielonek i Władysław Cholewka z Inwałdu.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. VII. do 19. VII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych — † —), krztuśca 8, ospy wietrznej 1, płonicy 6 † — (4 † 3), odry 47 † 1 (1), duru brzusznego 4 † — (5 † —), czerwonki 1, róży (1).
Dr Janiszewski.

Warszawa. Uroczystość położenia kamienia węgielnego pod gmach Towarzystwa higienicznego odbyła się 17. VII. b. r. Gmach stanie na gruncie, wydzierżawionym od Magistratu przy ul. Karowej na lat 96, według planów bud. Henricha, a mieścić będzie sale wykładowe, muzeum i pracownię higieniczną.

— Czynności redaktora »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« objął Dr Tadeusz Borzęcki.

— Zarząd Towarzystwa naukowego Warszawskiego ogłasza, że odracza do dnia 15. września r. b. termin nadsyłania zgłoszeń do konkursu na stanowisko asystenta pracowni serologicznej Towarzystwa. Wymagany jest od kandydatów stopień lekarza lub doktora medycyny. Kandydaci winni nadsyłać curriculum vitae, spis prac naukowych oraz ich odbitki do biura Towarzystwa naukowego Warszawskiego, Kaliksta 8. Pensya asystenta w pierwszym roku rubli 80, w następnych rb. 100 miesięcznie.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 14. VII. do 21. VII. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 9 † 2, duru wysypkowego — † —, róży —, czerwonki 1.
Dr Trenkner.

Z różnych stron. Rosyjskie ministerstwo oświaty wydało nowe przepisy o egzaminach lekarskich osób, posiadających dyplom doktorski wszechnic zagranicznych. Podania o dopuszczenie do egzaminów mają być skierowane do przewodniczącego komisyi egzaminacyjnej za pośrednictwem kancelaryi kuratora odpowiedniego okręgu naukowego, najpóźniej na miesiąc przed egzaminami. Do podania mają być dołączone: oryginalny dyplom doktorski potwierdzony przez konsulat rosyjski, świadectwo złożenia »examen philosophicum«, dowody ukończenia szkoły średniej; kobiety muszą prócz tego przedłożyć świadectwo egzaminu uzupełniającego z języka rosyjskiego, łaciny i matematyki według programu gimnazyum męzkiego. Dalej muszą być do podania dołączone: policyjne świadectwo prawomyślności, 2 fotografie i pokwitowanie z uiszczenia 20 rubli. Kobiety zamężne muszą nadto przedłożyć metrykę ślubną, a żydzi policyjne pozwolenie na zamieszkanie w tem mieście, gdzie mają składać egzamina. Kobiety mogą uzyskać uwolnienie od egzaminów uzupełniających, o ile ukończyły odpowiedni wydział wyższych kursów żeńskich (np. filologiczny co do języka rosyjskiego i łaciny, matematyczno-przyrodniczy co do matematyki i fizyki). Kto niema świadectwa z »examen philosophicum«, musi składać ten egzamin bądźto osobno, najwyżej na 6 miesięcy przed egzaminami lekarskimi lub równocześnie z nimi. Na egzamina uzupełniające, potrzebne do dopuszczenia do egzaminów lekarskich, udziela pozwolenia kurator odpowiedniego okręgu naukowego.

— Wystawa adryatycka w Wiedniu przedstawia i dla lekarza wiele ciekawych szczegółów. Między innymi znajdują się tu trzy pawiloniki Czerwonego Krzyża, w których wystawiono najnowsze urządzenia sanitarno-polowe armii austryacko-węgierskiej, jakoteż wzory szpitali lądowych i morskich, wyposażenie ekspedycyi górskich, zbiór polowy narzędzi i t. p. W rotundzie wystawy zwracają uwagę lekarza panoramy południowych miejsc kąpielowych i klimatycznych, fauna i flora adryatycka, dalej najnowsze zdobycze techniki na polu urządzeń hotelowych, kąpieli, wentylacyi i oświetlenia. Ciekawy też jest dział historyczny, przyrządy ratunkowe, urządzenia okrętowe itp. Klęsk.

— Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich wzywa wszystkich lekarzy w Austryi do poparcia moralnego i materyalnego lekarzy dolno-austryackich w ciężkiej walce, jaką toczą obecnie z kasami chorych.

Zmarli: internista prof. Samuely we Fryburgu w Br.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Kołaczyki fermentynowe w ginekologii. Dr J. Hirschfeld, Berlin. (Fortschritte der Medizin, 1913, Nr 22). Przy nieżytach pochwy i szyjki, a mianowicie zarówno w przypadkach pierwotnych upławów, jakoteż w takich, gdzie upławy występują tylko jako następstwo innych schorzeń ginekologicznych, osiągał autor przez fermentynowe kołaczyki pochwowe dobre wyniki. Proste i niepowikłane nieżyty pochwy i szyjki podlegały bardzo korzystnemu wpływowi i w stosunkowo krótkim czasie zostały wyleczone. W szczególnie uporczywych przypadkach uciekano się do pomocy przyżegania szyi. Także tam, gdzie wypływ był pochodzenia następowego i powikłany z innemi cierpieniami ginekologicznemi, osiągano przez kołaczyki fermentynowe istotną poprawę.

Własności redukujące, przeciwgnilne i bakteryobójcze fermentyny (mikroskopowo delikatnego, według szczególnego postępowania uzyskanego proszku drożdży) działają także przy stosowaniu w pochwie w podobny sposób, jak przy licznych chorobach zewnętrznych (eczema, acne, folliculitis, seborrhoe, pityriasis, lichen pilaris, lichen ruber i ichthyosis, psoriasis, hyperhidrosis), przy których już od lat jest wypróbowaną. Przy wprowadzeniu przez pochwę, równającemu się zresztą podaniu wewnętrznemu, dodać należy jeszcze pobudzenie leukocytozy krwi z jej działaniem ochronnem przeciw wszelkiego rodzaju zakażeniom, jak to przy wewnętrznem podawaniu tego przetworu drożdży dowiedziono. Stosowanie jest następujące: Nastawia się szyjkę we wzierniku mlecznym i oczyszcza się ją, jakoteż pochwę, dokładnie watą. Potem wprowadza się kleszczykami kołaczyk fermentynowy pochwowy bezpośrednio przed ujście maciczne i dla ustalenia go wsuwa się w nitkę zaopatrzony i gliceryną napojony tampon z waty. Po circa 12 godzinach wyjmuje chora tampon i przepłukuje się płynem ściągającym. Przy przewlekłych nieżytach oddaje do tych przepłukiwań zincum sulfuricum (łyżka stołowa na litr wody) bardzo dobre usługi.

Kołaczyki pochwowe fermentynowe zupełnie nie drażnią i bardzo chętnie bywają przez chore dowolnie długi czas znoszone. Wprowadzanie fermentynowych kołaczyków pochwowych powtarza się 3 razy tygodniowo; przy świeżych objawach zapalnych z bardzo obfitą wydzieliną (szczególnie przy ostrym wiewiórze) działa dobrze wprowadzenie kołaczyków pochwowych fermentynowych co drugi dzień, względnie codziennie, przynajmniej przez pierwszy i drugi tydzień.

Na podstawie swych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że w fermentynowych kołaczykach pochwowych posiadamy pożyteczny i prosty środek do leczenia zwykłych nieżytów pochwy i szyi. Także przy ciężkich schorzeniach zapalnych narządów kobiecych mamy w fermentynowych kołaczykach pochwowych dobry środek, aby objawowo istotnie złagodzić przykre objawy nieżytu i połączonego z nim silnego wypływu. Hr. W.

Rok LII. Kraków, dnia 2. sierpnia 1913. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki ortopedyczno-chirurgicznej prof. Dr Oskara Vulpiusa w Heidelbergu.

Technika zakładania opatrunku wedle metody Abbotta w przypadkach skrzywień kręgosłupa

podał

Dr M. Kosiński.

Jednym z trzech głównych tematów tegorocznego Zjazdu ortopedycznego w Berlinie była metoda Abbotta. Nad metodą tą zastanawiano się i roztrząsano ją po raz pierwszy w Europie, podając zarazem wyniki, — spostrzeżenia, zebrane w klinice prof. Vulpiusa w Heidelbergu, prof. Spitzy w Grazu, oraz Joachimsthala w Berlinie.

Mając sposobność w klinice prof. Vulpiusa, który w jesieni 1912 umyślnie jeździł do Ameryki do Abbotta, zapoznać się z tą metodą, uważam za stosowne podać parę słów o technice zakładania opatrunku, który, nawiasem mówiąc, jest dość żmudny.

Do licznych metod leczenia skrzywień kręgosłupa zapomocą wyprostowywania (redressio) należy też metoda leczenia opatrunkiem gipsowym, mającym na celu utrzymanie kręgosłupa w położeniu poprawionem (zredressowanem), jak tego np. chce Wullstein.

Metody te mniej lub więcej wiodły do celu Obecnie pojawiła się nowa, polegająca na tem, że na osobnych do tego zbudowanych ramach, przez odpowiednie ułożenie chorego, raczej zawieszenie go na licznych wyciągach ze zgiętym ku tyłowi kręgosłupem (kyphosis), a następnie napięcie tych wyciągów w odpowiednim kierunku, dokonujemy wyprostowania skrzywień kręgosłupa, a nawet hyperkorekcyi w kierunku dla nas pożądanym, a odpowiednim dla danego skrzywienia, i stan ten utrzymujemy zapomocą dość ciężkiego opatrunku gipsowego. Lecz na tem nie koniec; w pancerzu tym wycinamy rozmaite okna, szczególnie jedno duże po zapadłej stronie klatki piersiowej, by miała ona miejsce gdzie się rozszerzać.

Co pewien czas przez te okna dopychane poduszki filcowe w odpowiednich oknach dokonują redresyi, jak wykonywanie bocznej korekcyi i spychanie w przypadku np. prawostronnego skrzywienia kręgosłupa lewej połowy klatki piersiowej ku tyłowi, o czem zresztą później będzie mowa.

Abbott do swego opatrunku zbudował rodzaj stołu — ram, których wszystkie poprzeczki — żebra zapomocą kółka zębatego i dźwigni obracają się wokoło swej długiej osi i w ten sposób nawijają na siebie przymocowane opaski (wyciągi), dokonując w ten sposób napięcia, a zarazem przesunięcia danej części kręgosłupa w żądanym kierunku.

Chorego układa się na macie rozpiętej na ramach w ten sposób, że jeden bok tej maty zwisa (zawsze bok po stronie wklęsłej). Nogi chorego umieszczamy w podpinkach skórzanych i zapomocą wyciągu bloczkiem podciągamy ku górze; głowa też nieco podniesiona, gdyż mata, mimo że napięta, pod ciężarem chorego się wygina, skutkiem czego mamy zupełne skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi (kyphosis). (Fig. 1 i 2).

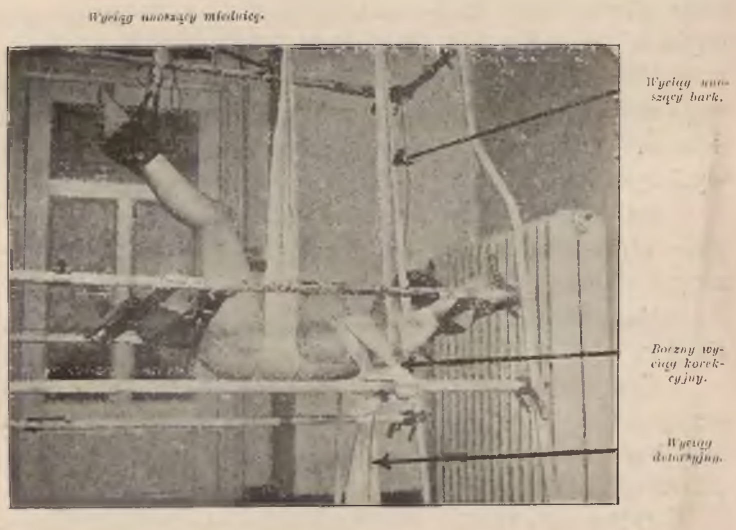


Fig. 1.

Przed ułożeniem chorego na macie należy skórę dokładnie oczyścić (kąpiel — benzyna), sowicie wypudrować, następnie wdziewamy na chorego 3 kawałki trykotu szerokiego około 30 cm. długie, tak by sięgały od karku do połowy ud. W pachach wycinamy otwory na ramiona lub przecinamy i spinamy na barku agrafkami.

Pomiędzy te trykoty wkładamy pojedyncze kawałki grubego miękkiego filcu, jako ochronę przed uciskiem:

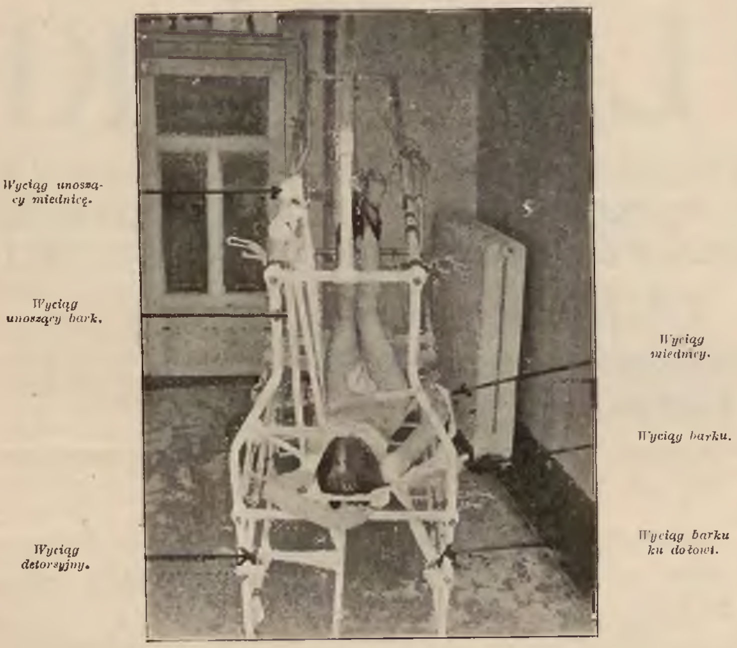


Fig. 2.

1) między trykot zewnętrzny a środkowy po jednej poduszce filcowej na lewy i prawy przedni górny kolec kości biodrowej, przez co chronimy zarazem boczne okolice miednicy;

2) poduszkę na okolicę kości krzyżowej;

3) między trykot środkowy a wewnętrzny dużą poduszkę filcową na prawą boczną ścianę klatki piersiowej;

4) podwójną poduszkę, kształtu owalnego, o brzegach ściętych, na lewo od kręgosłupa;

5) poduszkę prostokątną na lewą okolicę przymostkową; tę okolicę przykrywamy kawałkiem grubego kartonu, aby uniknąć zagięcia w miejscu najsilniejszego pochylenia kręgosłupa.

Tak zakładamy poduszki w przypadku prawostronnego skrzywienia kręgosłupa, w przeciwnym razie — na odwrót. To samo stosuje się do zakładania i napinania wyciągów.

Po ułożeniu chorego na macie utrzymujemy te 3 koszule trykotowe w naprężeniu zapomocą opasek, dwu bocznych i jednej środkowej, przywiązanych do stołu.

Po załatwieniu tego przystępujemy do zakładania wyciągów.

Chory lewą rękę ma założoną pod głowę, którą owija się opaską, by uchronić przed zawalaniem gipsem; skutkiem tego lewe ramię podnosi się ku górze, podczas gdy ręka prawa spoczywa na górnej prawej poprzeczce stołu.

1) Pierwsza opaska płócienna otacza pachę lewą, ochronioną cienką poduszką filcową, sięgającą daleko między chorym a matą ku tyłowi; jej końce biegną popod matą ku stronie prawej do prawej górnej poprzeczki stołu, gdzie się je przymocowuje.

2) W macie robimy 2 otwory, jeden tuż ponad barkiem, drugi poniżej w pasze; przez te otwory od dołu przeprowadzamy opaskę wokoło barku lewego ku górze, wiążąc ją do najwyższej poprzeczki stołu.

3) Trójogonową opaskę zakładamy w ten sposób, by szew jej padał na kręgosłup. Jej krótkie końce opasują miednicę wokoło, a wiąże się je do górnej poprzeczki stołu, długi zaś ogon opaski wiążemy po stronie lewej do najwyższej lewej poprzeczki. Zadanie tej opaski trójogonowej jest następujące: krótkie końce, obejmujące miednicę, mają ciągnąć miednicę na prawo, długi zaś ogon zabezpieczać opadanie lewej strony miednicy ku dołowi.

4) Tak samo po stronie prawej chronimy pachę cienką poduszką filcową, a przez otwory, zrobione w macie w ten sam sposób, co po stronie lewej, przeprowadzamy opaskę, dążącą w dół do najniższej prawej poprzeczki stołu.

5) Zakładamy ostatnią trójogonową opaskę, taksamo w ten sposób, by szew leżał na kręgosłupie na wysokości garbu; krótkie ogony opaski obejmują klatkę piersiową od strony prawej i dążą do górnej lub środkowej lewej poprzeczki stołu. Długi zaś ogon opaski zdąża od kręgosłupa ku stronie prawej, obejmuje prawą połowę klatki piersiowej, aż do miejsca, gdzie leży poduszka z kartonem, t. j. do lewej okolicy przymostkowej. Ten długi ogon opaski należy do tego miejsca przepołowić; obecnie te dwa końce obejmują krótkie ogony, krzyżują się, opasują środkową na dole poprzeczkę, a wiążemy je do dolnej lewej najniższej poprzeczki. Krótkie ogony opaski mają kręgosłup skrzywić na lewo, długie zaś wywołać skręcenie (rotacyę) kręgosłupa.

Po ukończeniu zakładania opasek i przekonaniu się, czy wszystkie są jednakowo napięte, następuje zapomocą dźwigni i kół zębatych napinanie opasek, i tak:

1) Lewy bark i lewą stronę miednicy pociągamy na prawo (prawa najwyższa poprzeczka).

2) Lewy bark i lewą stronę miednicy ku górze zapomocą długiego ogona opaski dolnej trójogonowej i opaski, obejmującej bark (lewa najwyższa poprzeczka).

3) Tułów pociągamy ku stronie lewej (górna lub środkowa poprzeczka lewa).

4) Prawy bark ku dołowi (prawa dolna poprzeczka).

5) Wreszcie napinamy po stronie lewej u samego dołu opaski, mające wywołać skręcenie (rotacyę). Ta opaska jednakże wykonuje zarazem ucisk, albowiem przy napinaniu jej chorzy bardzo często skarżą się na duszność, oblewają się potem bardzo obficie. Nasuwa się też pytanie, czy nie do tego należy odnieść spostrzeżenia ujemne, podnoszone na Zjeździe, jak zapad i powstawanie piersi lejkowatej.

Po ukończeniu tego wyciągu przykładamy 2—3 warstwy filcu o postaci owalnej, brzegach ściętych, po stronie lewej tuż około kręgosłupa, a naprzeciw garbu, w miejscu, gdzie w przyszłości ma być wycięte duże okno. Poduszki te są przepołowione i leżą po obu stronach skrzyżowanych opasek, by zaś je później można jeszcze użyć, chronimy je przed zawalaniem gipsem warstwą waty.

Wreszcie zakładamy opaski gipsowe, bacząc, by wszędzie gips był jednakowej grubości, wzmacniając od dołu i góry longuetami gipsowemi.

Skoro gips nieco podeschnie, obcina się opaski wyciągu, chorego zdejmujemy z ram i zakrzywionym nożem ogrodniczym wycinamy okna.

Po stronie lewej z tyłu wycinamy bardzo duże okno wielkości włożonych poduszek owalnych; okno to sięga ku przodowi co najmniej do linii pachowej.

Następnie 3 małe szczelinowate okienka: 1) w prawej tylnej linii pachowej; 2) w prawej przedniej linii pachowej; 3) wzdłuż lewej linii przymostkowej, ewentualnie ponad

środkiem mostka, w razie, gdyby przedni brzeg dużego okna sięgał bardzo daleko ku przodowi.

Poza tem wykonujemy toaletę opatrunku.

Ponieważ z czasem opatrunek staje się luźnym — przeprowadzamy między pierwszem a drugiem oknem nowe filcowe poduszki, mające na celu wykonywanie bocznej korekcyi, gdy tymczasem między trzeciem a przednim brzegiem dużego okna leżące poduszki mają spychać lewą połowę klatki piersiowej ku tyłowi. Przeprowadzanie tych poduszek wykonujemy w miarę potrzeby co 10—14 dni.

Jeśli opatrunek, założony wedle metody Abbotta, nie sprawia bardzo znacznych dolegliwości (czego kontrola musi być bardzo dokładną, gdyż odleżyny na wysokości garbu lub okolicy grzebienia łopatki po stronie wklęsłej, skutkiem znacznego podniesienia ramienia ku górze, zdarzają się, co prawda tylko u chorych, którzy przebywają w domu, a nie w zakładzie), to chorzy pozostają w nim co najmniej 6 tygodni. O ile opatrunek jest dobrze założony, wszystkie miejsca wystające dobrze ochronione, to chorzy (z wyjątkiem pierwszych nocy bezsennych) czują się zupełnie dobrze.

Przez ten czas jednakże, ponieważ chorzy bardzo mało wykonują ruchów, zastępujemy je dwurazową dziennie gimnastyką ciężarkami, przebywaniem ile możności na świeżem powietrzu i zmuszaniem chorych do wykonywania co godzinę kilkunastu głębokich wdechów, by w ten sposób rozszerzyć, jeśli już nie zapadnięte, to przynajmniej uciśnięte płuco po stronie przedtem zapadniętej klatki piersiowej.

Przez założenie opatrunku przy wyprostowanym kręgosłupie oraz wywarcie stałego ucisku na boczną ścianę klatki piersiowej i wycięcie dużego okna mają żebra po stronie przeciwnej — względnie klatka piersiowa, miejsce do rozszerzania się. Można też doskonale śledzić, jak przez duże okno uwidacznia się wypukłość klatki piersiowej przedtem zapadniętej (Fig. 3), przestrzenie międzyżebrza stają się



Wypuklanie się strony wklęsłej w opatrunku Abbotta.

Fig. 3.

szersze, za czem szłaby wentylacya płuc większa. I rzeczywiście stały ten ucisk, wywarty na boczną ścianę klatki piersiowej po stronie wypukłej oraz na przednią ścianę klatki piersiowej po stronie wklęsłej, zwiększany przez dopychane przez okna poduszki filcowe, wywołuje zmniejszanie się garbu, jego przypłaszczenie, co potwierdzają odlewy gipsowe, robione tak w pozycyi stojącej, jakoteż w pozycyi zgiętej ku przodowi, przy powtórnej zmianie opatrunku.

Należałoby się jednakże zastanowić, czy długotrwałe wmurowanie i tak słabego układu mięśniowego w pancerz gipsowy, obejmujący całą klatkę piersiową i miednicę, a co za tem idzie, unieruchomienie go, wprawdzie w położeniu wyprostowanem, przechodzącem nawet w hyperkorekcyę, po zdjęciu tego pancerza da wyniki dodatnie — trwałe. Po zdjęciu bowiem opatrunku cały tułów musi się zrobić chwiejny; to, co przedtem było utrzymane przez zesztywnienie, znika, i pojawia się to, co Schanz nazywa »das primäre Recidiv«. Dlatego też po leczeniu metodą Abbotta, to znaczy po szeregu opatrunków, założonych w sposób powyżej podany, a zajmujących według obliczenia Vulpiusa 6—8 miesięcy, trzeba się jeszcze uciec do gorsetu, podtrzymującego kręgosłup w pozycyi wyprostowanej, względnie w hyperkorekcyi, a zarazem wykonywać bardzo pilnie ćwiczenia gimnastyczne, zwłaszcza ćwiczenia i miesienie mięśni grzbietu, by mogły podołać nowemu zadaniu utrzymania kręgosłupa w krzywiznach przynajmniej zbliżonych do prawidłowych. Tu dopiero zaczyna się główna rola ortopedy, bardzo ciężka praca, by wynik uczynić dla chorego użytecznym, jak powiada Schulthess, pisząc o leczeniu opatrunkiem gipsowym.

Zaprzeczyć się w każdym razie nie da, że leczenie metodą Abbotta daje poprawę, chociażby tylko kosmetyczną, jak spłaszczenie garbu i zmniejszenie się wygięć kręgosłupa. Jak to leczenie wpływa na narządy wewnętrzne, w tym kierunku wiele nie wiemy; to pewna, że klatka piersiowa, przedtem zapadnięta, wypukla się, międzyżebrza stają się szersze, ruchy oddechowe po tejże stronie żywsze; stąd wniosek prosty, że płuco się rozszerza, co chyba musi też wpłynąć na krążenie.

Nawiasem jednak dodać muszę, że nie jest to typ leczenia, któryby można przeprowadzać ogólnie; nie wszystkie przypadki nadają się do niego, a poza tem leczenie to bardzo długie, wymagające przebywania chorych w zakładzie.

Prof. Vulpiusowi wyrażam jak najserdeczniejsze podziękowanie za łaskawe pozwolenie korzystania z materyału klinicznego, jakoteż udzielenie mi fotografii.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Nerwica wegetatywna z ograniczonymi kurczami mięśniowymi

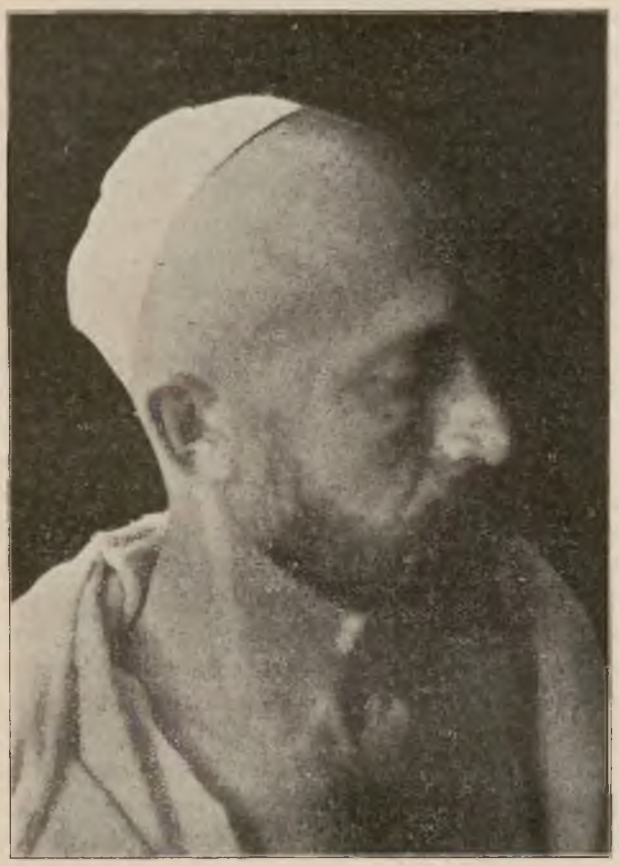
opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Badanie żołądka wykazało nieco większą ilość kwasu solnego przy równoczesnem przyspieszeniu wydalania treści pokarmowej. Kwaśność po śniadaniu próbnem, zależna od HCl, wynosiła około 50°. Po 3 kwadransach był żołądek próżny. Skład moczu prawidłowy.

Napady, o których chory wspominał w wywiadach, mieliśmy sposobność spostrzegać kilkakrotnie przez dłuższy przeciąg czasu. Każdy z nich rozpoczynał się uczuciem kurczowego bolu w dołku sercowym. Kurcz posuwał się szybko ku górze z towarzyszeniem odbijań i prawie mimowolnych ruchów połykowych. Równocześnie z tem pojawiał się ślinotok, silne zaczerwienienie twarzy i obfite poty. Twarz, ramiona i górna część klatki piersiowej kąpały się wprost w pocie. Wraz ze ślinotokiem i poceniem się występowały skurcze mięśniowe w zakresie m. barkowego, mostkowo-obojczykowego i mostkowognykowego, mniej wyraźnie w zakresie mięśni gnykowotarczowego i gnykowołopatkowego. Skurcze te widać wcale dobrze na rycinie. Z początkiem



napadu przeważa typ tężcowy, każdy skurcz trwa parę sekund. Później powtarzają się skurcze o wiele szybciej, a wreszcie wytwarza się rodzaj rytmu o kilku drganiach na sekundę. Głowa wykonuje wtedy ruchy wahadłowe od przodu ku tyłowi. Podczas największego nasilenia napadu nie może chory mówić swobodnie, z trudem prawie wykrztusza wyrazy. Sprawia to wrażenie, jakby i mięśnie krtani brały udział w skurczach. W czasie napadu maleje bardzo wyraźnie liczba tętna, tętno staje się miękkie, fala jest wszakże dość wysoka. Na krzywych tętna zaznacza się bardzo wyraźnie wpływ oddychania; przy głębokich oddechach powstaje nawet wybitna oddechowa niemiarowość.

Jeśli objawy, spostrzegane u naszego chorego, zechcemy poddać krytycznemu rozbiorowi, to należy je przedewszystkiem podzielić na dwie grupy. Do jednej należy cały szereg zjawisk wegetatywnych, do drugiej skurcze mięśniowe.

Zastanawiając się nad pochodzeniem pierwszych, sięgnąć musimy do naszych wiadomości z zakresu fizyologii układu współczulnego i autonomicznego. Na ich podstawie trzeba zboczenia spostrzegane w tym zakresie położyć na karb niezwykłego podrażnienia nerwu błędnego. Jako następstwo tego podrażnienia uważać należy niewątpliwie kurczenie się połyku, a dalej ślinotok i nadmierne wydzielanie potu [2]), oraz zwiększoną kwaśność treści, wydobytej z żołądka po spożyciu śniadania próbnego. Wygórowanem napięciem n. błędnego tłomaczyć także trzeba szybsze opróżnianie się żołądka z pokarmów, zwolnienie ruchów serca i zwiotczenie tętnic, oddechową niemiarowość ruchów serca, wzmożoną pobudliwość naczynioruchową, Wszystkie te objawy razem wzięte składają się na obraz t. zw. wagotonii.

Dla dalszego uzasadnienia, że u chorego istniało chorobliwe napięcie nerwowego układu autonomicznego, posłużyć może bardzo znaczna wrażliwość wobec trucizn autonomicznych, a względna nieczułość na wpływy typowej trucizny współczulnej, za którą uchodzi nadnerczyna.

W porze wolnej od napadu występowały po wstrzyknięciu pod skórę 0·01 grm. chlorku pilokarpiny bardzo silne objawy doświadczalnego zatrucia. Już po 5 minutach zjawiało się zaczerwienienie twarzy, bardzo obfite wydzielanie śliny i potu; chory skarżył się na uczucie dławienia, dostawał wreszcie wymiotów. Podobne objawy, tylko mniejszego nasilenia, stwierdzić można było już po 0·005 grm trucizny. Aby je doszczętnie usunąć, względnie zapobiedz ich powstaniu, wystarczało wstrzyknięcie pod skórę 1 2 mgr. siarkanu atropiny. Nadnerczyna w dawce 1 mgr. nie wywoływała cukromoczu; nietylko na czczo, ale nawet po spożyciu śniadania, składającego się z ocukrzonej herbaty z mlekiem i z bułki pojawiały się niestale minimalne ślady cukru.

Pojawianie się skurczów mięśniowych równocześnie z objawami podrażnienia układu nerwu błędnego i równoczesne znikanie ich z wyładowaniem się podniecenia autonomicznego zmusza poniekąd do szukania bliższego związku między obydwiema grupami zjawisk. Mięśnie, popadające w skurcze w naszym przypadku, otrzymują gałązki nerwowe



z nerwów złączonych anatomicznie z nerwem błędnym. W mięśniu mostkowo-obojczykowo-sutkowym rozsnuwają się włókna n. dodatkowego (accessorius), podobnie i w mięśniu barkowym. Mięśnie krtaniowe, których sprawność w czasie napadu usuwała się częściowo z pod wpływów woli, otrzymują impulsy przez gałązki ruchowe n. błędnego, względnie dodatkowego. W mięśniach głębszych warstw szyi rozgałęziają się włókna n. podjęzykowego, połączone z nerwami szyjnej części rdzenia.

Dla wytłomaczenia skurczów mięśni, wśród których rozgałęziają się wymienione pnie nerwowe, przyjąć trzeba podrażnienie tych nerwów, przenoszące się na nie drogą nie poznanych jeszcze dokładnie połączeń z właściwego nerwu błędnego, względnie z wegetatywnych jego włókien. W ten sposób pojęliśmy też istotnie całokształt zboczeń

---

[2]) Sprawa unerwienia gruczołów potnych nie jest wprawdzie jeszcze stanowczo rozstrzygniętą i nie ma potemu anatocznych danych, aby wolno przyjmować unerwienie autonomiczne, ale doświadczenia farmakodynamiczne zmuszają prawie do tego, aby wydzielanie potu wprowadzać w ścisły związek z podrażnieniem autonomicznem.

w naszym przypadku i zwróciliśmy usiłowania lecznicze ku stępieniu podrażnienia autonomicznego.

Ze spisu potraw usunięto zupełnie pokarmy mięsne, podawano mleko, o ile możności niegotowane, jarzyny, kompoty, pokarmy mączne i mleczne. Codzień otrzymywał chory letnią kąpiel, trwającą przynajmniej godzinę. Z leków dostawał mieszankę bromków sodu i wapnia po 5—6 grm. na dobę, oraz siarkan atropiny w postaci wstrzykiwań podskórnych po 1—2 mgr. dwa razy dziennie. Doraźny skutek tych wstrzykiwań był bardzo zadowalniający. Już w 5—10 minut po wstrzyknięciu w czasie napadu ustępowały objawy podrażnienia autonomicznego, a wraz z tem skurcze mięśniowe. Chory tak był przeświadczony o skuteczności leku, że sam prosił o niego. Skutek leczenia nie był wszakże tylko doraźny. Już po tygodniu ustąpiły napady skurczów i objawy ostrego podrażnienia autonomicznego W dalszym ciągu zmniejszyło się także stałe napięcie autonomiczne. Tętno podniosło się znacznie, liczba uderzeń serca wahała się w granicach 70—84; objawy podmiotowe zwiększonego wydzielania soku żołądkowego ustąpiły zupełnie, wypróżnienia jelit odbywały się prawidłowo. Chory opuścił oddział 20. marca w stanie zupełnie zadowalniającym.

O ile z przeglądu dostępnego dla mnie piśmiennictwa wnosić mogę, nie zwrócono dotychczas uwagi na związek między stanami podrażnienia układu autonomicznego, a t. zw. nerwicami mięśniowo-nerwowemi. Jedynie tylko co do tężyczki znajdują się w pracach Falty i Rudingera oraz Falty i Kohna niektóre szczegóły, które mówią o wikłaniu się objawów wegetatywnych z kurczami mięśniowymi w ten sposób, że przyjmować trzeba nie przypadkowy tylko zbieg zjawisk, ale raczej wspólne tło etyologiczne[3]).

Mówiąc o zachowaniu się odruchów mięśniowych w opisanym przypadku, podniosłem, jako szczegół zasługujący na uwagę, a jak sądzę i na powszechniejsze uwzględnienie go w celach rozpoznawczych, zwiększoną pobudliwość mechaniczną i powstawanie bardzo cechującego wału mięśniowego w miejscu uderzenia. O ile sama zwiększona odruchowość nie stanowiłaby jeszcze nic tak dalece cechującego, bo towarzyszyć ona może najrozmaitszym stanom podrażnienia w zakresie układu nerwowo-mięśniowego, o tyle odrębnej postaci odruchu przypisać trzeba, mojem zdaniem, znaczenie bardziej szczegółowe. Chodzi tu nie o sam tylko odruch, ale raczej o skurcz tężcowy mięśnia, a więc o objaw, świadczący o pobudliwości zmienionej nietylko pod względem stopnia, ale także i pod względem jakości. Z tak zmienioną pobudliwością spotykano się, jak o tem świadczą badania Magnusa, w doświadczeniach z ezeryną, jedną z typowych trucizn autonomicznych. Opierając się na tych doświadczeniach, przypuścić trzeba, że w pewnych warunkach i u pewnych chorych znajdować się mogą czasowo w ustroju ciała, które w podobny sposób działają na mięśnie, a równocześnie także i na autonomiczną część układu wegetatywnego. Pod wpływem takiego samozatrucia powstają objawy, które zupełnie słusznie nazwać można spazmofilią. Typowy przypadek takiej spazmofilii mieliśmy sposobność spostrzegać. Przypuszczam, iż przy baczniejszem zwracaniu uwagi na chorych, okazujących zboczenia czynnościowe układu mięśniowego, powiodłoby się nierzadko wykryć zboczenia także w zakresie spraw wegetatywnych. O ileby się to przypuszczenie sprawdziło, rozjaśnićby się mogło niemało pochodzenie nerwic ruchowych w niejednym przypadku, którego etyologia dotąd zupełnie ciemno się przedstawia.

[3]) Już po oddaniu rękopisu do druku ukazała się w Zeitschrift f. kl. Medizin, T. 77, Z. 3—4, praca Peritza p. t. Die Spasmophilie der Erwachsenen, w której zboczenia w pobudliwości mięśni poddane zostały krytycznemu roztrząsaniu w związku ze zboczeniami ustrojowemi w zakresie spraw wegetatywnych.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Verger. **O nieswoistości odczynu przewrażliwienia na plamy nasienne.** (Compt. rend. de la Soc. de biol. 1912 Nr 3). W dalszym szeregu swoich doświadczeń wstrzykiwał autor świnkom morskim najpierw wyciąg z plam nasiennych, potem jednak nie nasienie, lecz wyciąg wodny lekko zalkalizowany z plam, pochodzących od cierpiących na białe upławy (leukorrhoe). Zwierzęta kontrolne, nieuczulone, na te dawki nie oddziaływały; u zwierząt zaś, którym wstrzykiwano, występowały napady podobne do padaczkowych, zaburzenia oddechowe, spadek ciepłoty; trzy świnki padły już po 10—15 minutach. Przez te doświadczenia ogranicza się znacznie wartość metody anafilaktycznej przy wykazywaniu nasienia. A zresztą rozróżnianie nasienia ludzkiego od zwierzęcego niema pod względem sądowo-lekarskim wielkiego znaczenia. Gdyby jednakże wykonanie próby było warte trudów, to nie można od niej wymagać, aby zdołała wykazać, że badana plama pochodzi z wydzielin macicy, pochwy lub jąder. Ostatnie słowo mieć tu będzie na razie zawsze wynik bezpośredniego badania histologicznego. F. Olbrycht.

Ingersleben. **Przypadek porodu w trumnie.** (Zeitschrift f. Medizinalbeamte 1912 Nr 3). Pewna kobieta, będąca w IX. miesiącu ciąży, doznała skutkiem upadku ze schodów wstrząśnienia mózgu, w następstwie którego po kilku dniach zmarła. Zwłoki pochowano i dopiero w 4 dni później celem dokonania sekcyi z trumny wyjęto. Przy tem znaleziono, co następuje: Z części rodnych zwisała wynicowana macica, wielkości głowy mężczyzny; do niej przylegały błony płodowe i łożysko, z którem łączyły się 1 metr długą pępowiną zwłoki płodu. Krocze przedarte. Gnicie było daleko posunięte, a w jamie brzusznej gazy gnilne nagromadziły się do takiego ciśnienia, że wywołały nietylko wydalenie 3 kg. ważącego płodu, lecz nawet wynicowanie macicy. F. Olbrycht.

Waibel. **Zranienia i urazowe schorzenia palców nóg i ich ocena w przypadkach odszkodowania.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 9). Przy ocenie niezdolności do pracy może zanadto dotąd przeceniano ważność palców u nóg. Bliższe jednak rozpatrzenie sprawy wykazuje, że palce te u wielu wyrobników odgrywają przy pracy bardzo małą rolę. Nie są one niezbędne do chodzenia, zwłaszcza w trzewikach, o ile ustawienie stopy jest prawidłowe, a tem bardziej nie przeszkadza w chodzie brak tylko 1 lub 2 palców, nawet brak palucha. Stopa opiera się bowiem głównie piętą i główkami kości I, III, V śródstopia. Palce stopy dotykają ziemi tylko brzuścami i zwykle bywają zniekształcone i mało ruchome. Człowiek nawet przy tak zwanym chodzie »na palcach« nie chodzi na palcach, lecz na główkach kości śródstopia, a palce służą tylko jako sprężyny, nadające większą elastyczność i sprężystość krokom. Zresztą niewiele jest zawodów, gdzie to stąpanie »na palcach« jest konieczne. Należą tu tancerze, biegacze, gimnastycy,

ludzie wspinający się po słupach, a wreszcie ci, którzy mają jedną kończynę dolną krótszą, lub stopę ustawioną »palcowo«. Ze schorzeń palców stopy wchodzą w rachubę: 1) zesztywnienia, 2) utrata palców, 3) złe ich ustawienie, 4) zanik tkanek, 5) schorzenia kości, części miękkich, paznokci. Zesztywnienia w ustawieniu korzystnem, t. j. nie ku dołowi (ew. przykurczenia) nie przeszkadzają wiele w zwykłej pracy. Brak samych palców wywoływać może upośledzenie w zawodach zwykłych przemijające, np. utrata dwóch palców pociąga za sobą upośledzenie zdolności do pracy 1—2 lat trwające, poczem następuje zwykle zupełne dostosowanie się do nowego stanu. Zupełna utrata palców, o ile nie jest połączona z bolesnością, uniemożliwia tylko szybkie bieganie, chodzenie »na palcach«, natomiast daje możność stania i zwykłego chodu, przyczem jednak stopa męczy się prędzej. Przy orzeczeniu o niezdolności do pracy trzeba tutaj bardzo indywidualizować. Najpierw należy poznać budowę odpowiedniej stopy, chód chorego, a wreszcie rodzaj jego zajęcia. Ogólnie oceniamy w sposób następujący: Utrata palucha lub innego palca stopy wywołuje z początku 10—20% upośledzenia; z czasem jednak to upośledzenie znika. Utrata końcowego członka z początku 15%, potem 0%. Utrata III, IV, V palca, a zesztywnienie drugiego z początku 20%, po 1—2 latach 0%, podobnie sztywność wszystkich palców w położeniu dobrem. Utrata palucha i drugiego, lub III, IV, i V palca z początku $33^1/_3$%, potem stale 10%. Utrata od IV—V stale 30% (zwłaszcza u robotników wiejskich), taksamo utrata wszystkich palców. Natomiast nie podlegają trwałemu odszkodowaniu: gładka utrata palucha, względnie 2—4 palców, zesztywnienia w dobrem ustawieniu, nie bolesne. Pamiętać należy też o tem, że następuje tutaj szybko dostosowanie. (Dotąd oceniano: Utrata wszystkich palców 50%, utrata palucha $16^2/_3$%, a dalej ocena według możności i długości chodzenia bez laski do $^1/_2$ godziny 30%, trwałe używanie laski 60% i t. d. Przyp. sprawozd.). K.

Mayer. **Ludowe środki lecznicze, a sprawa ubezpieczenia od wypadków.** (Med. Klinik. 1913 Nr 11—12). Środki lecznicze, używane przez lud, zwłaszcza w przypadkach uszkodzeń i zapaleń są bardzo liczne i niektórym nie można z góry odmówić skuteczności. Najczęściej jednak przy ranach zakażają one ranę czystą lub zatrzymują wydzielinę. Często stosuje je lud na cięcia, zadane przez lekarza, przez to pogarsza się stan rany i stan ogólny, a potem spędzają winę na lekarza. Najczęściej używane są przedewszystkiem liście roślin. Przykłada się je na rany i wrzody, jako środki gojące (np. brassica oleracea, br. crispa) lub też jako drażniące np. cebula przy róży, ropieniach i innych uszkodzeniach lub bólach. Z tłuszczów używa lud zwykłego tłuszczu świńskiego, ew. z innych zwierząt, zwłaszcza dzikich (sadło niedźwiedzie, zajęcze i t. p.), a także masła zwykłego (oparzenia, opuchnięcia bolesne i t. p.). Z nastojów cieszą się powodzeniem listki kwiatu lilii w oliwie (oparzenia, odmrożenia) i arnika, która przy stłuczeniach, ropieniach i ranach odgrywa na wsi wielką rolę. Osobne miejsce zajmują środki, które mają mieć własność »ciągnięcia«. Należą tu zwykle środki drażniące, tworzące pęcherze w postaci albo liści roślin, albo też plastrów lub maści. Z roślin należą tu: cebula, czosnek, orzech włoski, nasturcya, pokrzywa, chrzan, gorczyca. Do plastrów używa się znów różnych środków, jak terpentyny, żywic, smoły i t. p., prócz tego plastrów aptecznych. Do tamowania krwotoków używa lud celem zalepienia rany: pajęczyny, gliny, chleba, tłuszczów, dalej liści tytoniowych, tabaki, odwarów mąki, słomy z owsa i t. p. Wielkiem powodzeniem na wsi cieszą się też różne krople i balsamy, np. balsam jerozolimski (tra hemoes comp.), angielski (myrra, oliban, styrax, crocus, tra castor. i t. p.), balsam peruwiański i t. d. Środki te stosuje się na bóle, jako wcierania, na rany, a także do tamowania krwi. Także środki domowe znajdują często zastosowanie. Tak np. mleko słodkie i kwaśne, śmietanka i ser przy chorobach oczu, celem łagodzenia bólów zapalnych, na rany i t. p. Lud używa też nafty do opatrywania ran, a nawet do tegoż celu moczu, kału i surowego mięsa, które tamować ma krwotok i łagodzić bóle. Przy złamaniach stosuje lud różne wcierania i maści, najczęściej maść żywokostową, miód i różne oleje. Środki te, stosowane bez miary, wywołują nieraz wypryski.

Przy ocenie uszkodzeń trzeba bardzo zwracać uwagę na to, kto i czem przed przybyciem lekarza dane uszkodzenie opatrzył, bo nieraz ten właśnie człowiek jest przyczyną ciężkiego stanu chorego. Niestety dotąd w sądach za mało się zwraca uwagi na te partactwa. Studyum ich i zbieranie materyału przez towarzystwa ubezpieczeń byłoby bardzo cenną rzeczą. I dla medycyny mogłaby wyniknąć z tego pewna korzyść, bo nie ulega wątpliwości, że są między tymi środkami także takie, które mają, stosowane czysto i oględnie, bezsprzecznie wartość, i nawet były dawniej przez lekarzy stosowane, lecz z czasem zapomniano o nich. K.

Marcus. **W sprawie leworęczności przy badaniu uszkodzonych wskutek wypadku.** (Montsch. f. Unfallheilk. 1912 Nr 8). Mniej więcej na 100 ludzi 97 włada lepiej ręką prawą. W niektórych zawodach także i ręka lewa bywa bardzo wyrobiona (kelnerzy, robotnicy w hutach szkła i t. p.). W obecnych czasach ubezpieczenia od wypadku uszkodzeni symulują często, np. przy uszkodzeniu ręki lewej twierdzą, że są właśnie mańkutami, lub będąc mańkutami przy uszkodzeniu ręki prawej twierdzą, że władali dobrze właśnie ręką prawą. Ważne są przeto sposoby badania leworęczności. W tym celu Bruning radzi polecić uszkodzonemu poruszać szybko obu rękami w około w przeciwnych kierunkach. Gdy ręce się zmęczą, zwykle słabsza, t. j. mniej używana, zaczyna wykonywać ruchy mocniejszej. Kappel bada pismo chorego. U człowieka zdrowego lewa ręka ma skłonność do t. zw. pisma odbitego w lustrze. Engel każe temperować ołówek, albo też poleca badanemu położyć dłonie na stole i zakreślać niemi koła w jednym kierunku na raz. Zwykle rychło słabsza ręka zacznie kreślić zamiast koła skośną linię od zewnątrz i góry na wewnątrz i ku dołowi, albo popada w przeciwny kierunek. A.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Cymarin, jestto chemicznie czysty glikozyd roślinny, uzyskany z korzeni rośliny Apocynum cannabinum, których wyciąg używany bywa w Ameryce i w Rosyi, jako lek sercowy i moczopędny. Według doświadczeń klinicznych prof. Allarda jest cymaryna, podawana wewnętrznie po 0,3 mg. (0,0003) na dawkę stopniowo aż do 1 do 2 mg. dziennie, lub wstrzykiwana śródżylnie w dawce 0,5 mg. (0,0005), lekiem sercowym, działającym szybko i energicznie, także w wielu takich przypadkach, gdzie naparstnica była bezskuteczną. Cymaryna działa zarazem silnie moczopędnie. (Deutsche med. Woch. 1913, 17). Korzystne wyniki otrzymała również Marya Schubert w szpitalu Sudenburg w Magdeburgu na oddziale Schreibera. (Deuts. med. Woch. 1913, 12). B.

W podgorączkowych stanach w gruźlicy (gdy niema krwotoków) zaleca Daenask pigułki Hoedemakera: »Rp. Aspirin 10,0, acid. arsenicos 0,01« na 100 pigułek. Przy silnej gorączce cenne usługi oddały D. śródżylne wstrzykiwania 1—5 cm^3 kolloidalnego elektrokuprolu. (Wiener med. Woch. 1913, 19). K.

Przy dychawicy zaleca Grünewald wstrzykiwania do krtani i oskrzeli rozczynu suprareniny z nowokainą, i to nie specyalnymi sposobami, jak radzi Nowotny, lecz zwykłą strzykawką krtaniową. Skutek ma być bardzo dobry i ma

się utrzymywać dość długo. (Münch. med. Woch. 1913, Nr 25). K.

Dyeta przy nadkwaśności soku żołądkowego podług Brugscha: Rano na czczo w łóżku szklanka (ew. dwie) wody Karlsbad-Mühlbrunn. Po wstaniu pierwsze śniadanie: herbata z 250 cm^3 mleka, suchsza bułka i 25 grm. masła. Drugie śniadanie: dwa jaja surowe lub na miękko, 250 cm^3 mleka z dwiema łyżkami rozpuszczonego masła. Obiad: zupa lub kleik, 50—200 grm. ryby gotowanej, kury lub cielęciny, 150 grm. tartej jarzyny, 150 grm. leguminy (bez migdałów i rodzynek). Popołudniu: herbata lub kakao, 50 grm. suchego pieczywa, 25 grm. masła. O 7. w danym razie znowu 250 cm^3 Mühlbrunn. Wieczorem 50 grm. ryżu lub kaszki w 250 cm^3 mleka, 25 grm. masła, 50 grm. pieczywa. Przed spaniem 250 cm^3 ciepłego mleka z dwiema łyżkami masła. Po większych posiłkach godzinę spoczynek ew. okład Priessnitza na żołądek. W razie bolów w nocy, popijać mleko. Jako napój: wody alkaliczne po odstaniu, by pozbawić je gazu. K.

Dyeta przy zmniejszonej kwaśności soku żołądkowego lub jej braku podług Brugscha: Unikać tłuszczów, mięsa mało, węglowodany obficie. Śniadanie pierwsze: szklanka kakao, 50 grm. pieczywa, 25 grm. masła. Drugie śniadanie: filiżanka bulionu z jajem, 30 grm. pieczywa. Obiad: 200 grm. kleiku, 200 grm. kury lub gołębia, sztuki mięsa, ryby, 200 grm. ziemniaków tłuczonych, ew. 100 grm. innej tartej jarzyny, 50—100 gr. kompotu. Popołudniu podwieczorek: szklanka herbaty lub kawy ze śmietanką, 50 grm. pieczywa, 25 grm. masła. Wieczerza: 200—300 grm. potrawy mącznej, 100 grm. kompotu. Podczas jedzenia nie pić wody, lecz tylko 20—30 kropli kw. solnego (acid. hydrochl. dilut.) rurką w $^1/_2$ kieliszka wody. K.

Technikę lawatyw odżywczych podaje Strauss. Lawatywa nie powinna być większą niż 300 cm^3 i nie częściej podawana, niż trzy razy dnia, o ciepłocie ciała. Dobrze jest robić ją w położeniu na bok lewy z lekko uniesioną miednicą. W skład lawatyw wchodzić mogą: 250 grm. mleka, 2 żółtka, szczypta soli, łyżka wina czerwonego, łyżeczka mączki odżywczej (Boas). Ewentualnie dodawać można 1—2 łyżek cukru gronowego, pankreatyninę lub pankreon. Niezłe usługi oddaje też lawatywa, złożona z 250 grm. rozczynu bulionu, 20 grm. alkoholu, 40 grm. cukru gronowego, 2 żółtek, szczypty soli, 2—3 łyżeczek mucilago gum. arab. (Strauss). Robi się też lawatywy ze śmietany z dodatkiem peptonu, pankreatyniny, mączki Nestla i t. p. (Med. Klin. 1913, Nr 25). K.

Leukofermantin jestto antyferment, wiążący trypsynę. Wobec powinowactwa trypsyny z pepsyną postanowił Neumayer spróbować podawania leukofermantyny w przypadkach wrzodu żołądka i nadkwaśności soku żołądkowego. W jednym takim przypadku, w którym po podawaniu sody i neutralonu przy odżywianiu tylko zapomocą lawatyw stan się pogorszył i wystąpiły krwotoki, okazało się podawanie leukofermantyny (3 razy dnia po 0·5 cm. sz.) bardzo korzystnem. (Mitteil. des Vereins der Aerzte in Steuermark, 1913, Nr 6). Mk.

Wpływ tannalbiny na ruch robaczkowy przy sztucznie wywołanej biegunce badał doświadczalnie na zwierzętach Hesse. Tannalbina nie powstrzymywała biegunki, wywołanej zapomocą oleju rącznikowego, nie zapobiegała też działaniu senesu. Biegunkę po żywieniu chlebem i narządami koni powstrzymywała tannalbina, podawana w dawkach powtarzanych; działanie jej dotyczyło kiszki grubej. Przy prześwietlaniu rentgenowskiem stwierdził H., że pod wpływem tannalbiny ruch jelit i w tym przypadku bardzo nieznacznie się zmieniał, z czego H. wnosi, że wpływ tannalbiny zasadza się na działaniu ściągającem na błonę śluzową. (Archiv f. d. ges. Physiologie, 1913, T. 151). Kn.

Przy białkomoczu ortostatycznym poczynił Jehle dalsze ciekawe spostrzeżenia. I tak przekonał się, że u takich dzieci odpowiedni gorset prostujący zapobiega wydzielaniu białka, a naodwrót nieraz udaje się wywołać, nawet u zupełnie zdrowych, białkomocz, stwarzając na pewien czas sztucznie wygięcie kręgosłupa ku przodowi. (Wiener klin. Woch. 1913, 9). K.

Acitrin (ester etylowy kwasu fenylocynchoninowego), wytworzony przez fabrykę Bayera i zalecany jako środek, ułatwiający wydzielanie kwasu moczowego z ustroju, podawała Pietrulla w klinice wrocławskiej prof. Minkowskiego na próbę zdrowym, oraz chorym na gościec i dnę, w dawce dziennej aż do 3 gramów. W dawce tej wzmaga acitrin natychmiast wydzielanie kwasu moczowego bardzo znacznie, np. z 0,38 gr. na 0,84 gr., działając w tym kierunku na równi z atofanem. (Deuts. med. Woch. 1913, 8). B.

W leczeniu ciężkich niedokrwistości zaleca Weber na podstawie swych dalszych doświadczeń wstrzykiwania małych ilości odwłóknionej krwi. Krew ta powinna przed wstrzyknięciem stać 6—24 godzin na lodzie, wtedy objawy odczynu są bardzo nieznaczne, a skutek leczniczy nieraz wprost znakomity. (Münch. med. Woch. 1913, Nr 24). K.

Celem uspokojenia małych dzieci i zwolnienia powłok, np. przy badaniu i odprowadzaniu przepuklin, radzi Nussbaum dmuchać im mocno w twarz. Dziecko zaraz milknie i ucisza się. (Münch. med. Woch. 1913, Nr 26) K.

Adamon jest to przetwór kozłka, wśród licznych przetworów tego rodzaju jedyny, mający postać ciała stałego, a nie płynu. Próbowano go w takich samych przypadkach, w jakich zwykle podaje się przetwory kozłkowe, z wynikiem bardzo dobrym. Prof. Gudden (Mediz. Klinik, 1913, 4) zaleca podawać dawki mniejsze (0,5) wkrótce po sobie, co ma działać lepiej, niż jednorazowa duża dawka. Oppenheim używał adamonu z dobrym wynikiem w zaburzeniach nerwowych okresu przekwitania (Deut. med. Woch. 1913, 23), Ernst Frank zaś w podrażnieniu narządów moczowopłciowych (tamże, 1912, 49). B.

Codeonal podawał Leva w przypadkach rozmaitych psychoz i nerwic w dawce 2—4 tabletek po wieczerzy. W hypomanii i przedwczesnem otępieniu nie miał lek ten wyraźnego działania; lepsze wyniki były w przypadkach lekkich okresowych podnieceń i bezsenności po przejściu psychozy. Zupełnie nasennie działał kodeonal po podnieceniach histerycznych i w organicznych cierpieniach nerwowych, połączonych z bolami. (Med. Klin. 1913, 23). Kn.

Bolesne wrzody goleni (ulcera cruris) opatrywał Saar zapomocą cykloformu z bardzo dobrym wynikiem. Cykloform jest to ester izobutylowy kwasu p-amidobędźwinowego. Stosuje się go na wrzód, oczyszczony poprzednio zapomocą perhydrolu, w postaci zasypki w cienkiej warstwie (czysty lub 1 : 2 mączki ryżowej), zawijając potem gazą, posmarowaną grubo lanoliną lub euceryną. Cykloform uśmierza bole już po kilku godzinach: na samo gojenie się wrzodów nie wpływa. Opatrunki zmienia się zrazu 2 razy dnia, potem co kilka dni. (Allg. med. Zentral. Ztg. 1912, 50). B.

Dla poparcia swoistego leczenia przeciwkiłowego używał Berlin w przypadkach zmian późnych fibrolizyny. Z wyników jest zadowolony. (Med. Klinik, 1913. 27). Mk.

Zwężenia cewki moczowej przygotowuje Lévy-Weissmann do leczenia zgłębnikami zapomocą 2 do 3 podskórnych wstrzyknięć fibrolizyny (po 2 cm. sz. dzień po dniu). Po tych wstrzyknięciach udało się w 2 przypadkach przesunąć przez zwężenie najcieńszą świeczkę (bougie filiforme), która przedtem nie przechodziła. (Journal d'urol. 1913, 5). Mk.

Fibrolizynę stosował w zakresie okulistycznym Vandoren w dwu przypadkach blizn, wywołujących odwinięcie powiek, z wynikiem bardzo dobrym. Na starsze bielma i wysięki tęczówkowe fibrolizyna nie wywiera wpływu, natomiast dobrze działa w zapaleniu miąższowem rogówki. (Archiv. méd. belges 1912, 2). Mk.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 2. IV. 1913.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 78.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes powitał jako gości członków Towarzystwa technicznego krakowskiego.

3) Kol. Dr Schlank przedstawia preparat i chorą po **częściowej resekcyi kiszki ślepej** z powodu ropnia kałowego okołokątniczego. Przypadek ten przedstawia S., ze względu na łatwość pomyłek rozpoznawczych przy guzach przydatków macicy. Chora, licząca l. 40, przed 2 laty operowana w klinice prof. Rosnera z powodu guza jajnikowego lewostronnego. Od roku zauważyła podobny guz w prawym boku. Badanie ginekologiczne stwierdza guz jajnikowy prawostronny.

Przy laparotomii okazało się, że guzem tym był ropień kałowy, wychodzący z wyrostka robaczkowego, otorbiony i silnie z otoczeniem pozrastany. Wyrostek u podstawy uległ martwicy. Ranę wytamponowano, obecnie rana na podgojeniu i operowana opuści wkrótce klinikę.

4) Inżynier Kwiatkowski (jako gość) wygłosił odczyt: **O amfiteatrze u stóp Wawelu.** W odczycie tym motywuje prelegent wyższość swojego projektu regulacyi Wisły przy placu Groble i pod Wawelem nad projektem rządowym, i prosi o poparcie swoich planów u wpływowych czynników.

W ożywionej dyskusyi zabierają głos: Dr Surzycki, prezes Tow. technicznego Horoszkiewicz (jako gość), Dr Stahr, prof. Ciechanowski, Dr Janiszewski i prof. Bujwid. Uchwalono jednogłośnie następującą rezolucyę »Towarzystwo lekarskie krakowskie jest zdania, że projekt inżyniera Kwiatkowskiego urządzenia amfiteatru koło Wawelu jest jak dotąd najlepszem rozwiązaniem sprawy regulacyi Wisły w obrębie placu Groble, i tak wysoce pod względem sanitarnym, jak i estetycznym, przewyższa projekt rządowy, że bez żadnej wątpliwości zasługuje na poparcie«.

Posiedzenie z dnia 9. IV. 1913

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 35.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Dr Nowaczyński: **O leczeniu cukrzycy w pojęciu Noordenowskiem.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawiają:

a) Kol. Weissglas: Prelegent, mówiąc w swoim odczycie o korzystnym wpływie Noordenowskiej dyety owsianej na przebieg cukrzycy, przypisywał jej, podobnie jak inni, jakieś swoiste działanie, właściwe tylko węglowodanom owsa. Tymczasem Blum przed dwoma laty (Münch. med. Wochenschrift) ogłosił pracę, w której na szeregu przypadków wykazuje, że podobny korzystny wpływ można osiągnąć, nietylko stosując dyetę owsianą, ale także dyetę węglowodanową innego rodzaju, n. p. węglowodany pszenicy. Dlatego Blum, a później inni, przypisują korzystny wpływ dyety Noordenowskiej nie węglowodanom, ale zupełnie czemu innemu. Chodzi bowiem o to, że podczas dyety Noordenowskiej mamy kilka dni jarzynowych (Gemüsetage) i kilka dni owsianych (Hafertage). Otóż wedle słusznego zapatrywania Bluma polepszenie jest zasługą dyety jarzynowej, po której zwiększa się tolerancya na węglowodany. Podczas dni bowiem jarzynowych zmniejsza się hyperglikemia i w ślad za tem idzie zwiększenie się tolerancyi na węglowodany. Co do uwagi znowu, że doświadczalnie stwierdzono, iż wyciągi z przetworów owsianych rzeczywiście wywierają wpływ na cukromocz, to wedle mego zdania należy się zastanowić, czy to korzystne działanie wspomnianych wyciągów pochodzi od samych węglowodanów owsa, czy też od innych jeszcze ciał, ukrytych w skorupie ziarn owsa. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że prawie wszystkie przetwory owsa zawierają obok czystych węglowodanów jeszcze inne ciała, które znajdują się w zmiażdżonych skorupach ziarn owsianych, gdy przy stosowaniu dyety pszennej, czy też ryżowej, mamy zwykle czyste węglowodany.

b) Kol. prof. Braun podnosi znaczenie badania co do cukru moczu u ciężarnych i przytacza na dowód tego przypadek, spostrzegany przez siebie. Zapytuje następnie prelegenta o wartość fabrycznych chlebów, sporządzanych umyślnie dla chorych na cukrzycę.

c) Kol. Nowaczyński w odpowiedzi: Chleb jest ze wszystkich potraw węglowodanowych pożywieniem, którego brak wzgl. zakaz chorzy na cukrzycę najbardziej odczuwają. Nie dziw więc, że mamy tak wielką ilość fabrykatów, zastępujących chleb diabetykom; jedne z nich zawierają mniej, inne więcej mąki, wszystkie jednak z mąki są sporządzane. O tem też pamiętać należy i nie wierzyć reklamom fabryk, które zachwalają swe chleby, jako nie zawierające mąki. O ile się zna prawdziwą zawartość węglowodanów w danym chlebie, to, kierując się wskazaniami przy podawaniu węglowodanów, obojętnem będzie, jaki fabrykat podamy; — będzie to rzeczą smaku. Co się tyczy doświadczenia kliniki naszej, to chleb aleuronatowy, który w klinice próbowano, jest niezłym i chętnie spożywanym przez chorych.

Sekretarz Dr J. Zubrzycki.

XVII. Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie.

od 6. VIII. do 12. VIII. 1913.

Oprócz wymienionych w komunikacie Polskiego Komitetu kol. F. Malinowskiego, Spiry i prof. Wicherkiewicza, zgłosili (według »Gazety lek.« Nr 30) wykłady na Zjazd koledzy: prof. Kryński, oraz S. Serkowski wspólnie z L. Stempkowską, Wiśniewskim, Kraszewskim i Garbowskim z Warszawy.

Udział w Zjeździe zgłosili jeszcze kol. prof. Marischler i Zgórski ze Lwowa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W sprawie krajowego szpitala epidemicznego w Krakowie pomieścił dziennik »Czas« (z 24. VII.) następujące uwagi: »Minął rok od czasu, jak krakowska Rada miejska ofiarowała Wydziałowi krajowemu 5 morgów gruntu pod warunkiem, że kraj wybuduje w tem miejscu szpital epidemiczny, podobny do zbudowanego we Lwowie. Ofiarowany grunt znajduje się w pewnem oddaleniu od miasta, jest wysoko położony, przepuszczalny i odpowiada tym wszystkim warunkom sanitarnym, które w pierwszej linii wymagane są przy wyborze miejsca pod budowę szpitala. Zrozumiałą jest rzeczą, że w obecnej chwili, kiedy Sejmu niema, nie może Wydział kraj. decydować budowy szpitala, ale dziwić może, że dotąd nie dał gminie odpowiedzi, czy grunt ten przyjmie. Tymczasem krążą po mieście nieprawdopodobnę pogłoski, że Wydział krajowy ofiarę gminy odrzuci, a co gorszą, że rzekomo zamierza wystąpić z projektem budowy szpitala chorób zakaźnych w przedłużeniu gruntów szpitalnych i w tym celu ma zakupić grunta od zakonu SS. Franciszkanek, w mniej zdrowej dzielnicy miasta, w dzielnicy, przeznaczonej w planie regulacyjnym na fabryczną i przemysłową. Nie przyjmując ofiary parukroć stutysięcy koron od gminy, a kupując za drogie pieniądze najmniej właściwe pod względem sanitarnym grunta, dowiódłby chyba Wydział krajowy, że w obecnych ciężkich czasach ma w kasach aż nadto pełno? Sądzić należy, że do budowy szpitala epidemicznego na Grzegórzkach nie dopuszczą czynniki miarodajne w Wydziale krajowym, w pierwszej linii Szef departamentu sanitarnego. Ponieważ tym niefortunnym projektem dotknięteby były żywotne interesy miasta, przeto można mieć nadzieję, że Prezydyum miasta oprze się temu zawczasu energicznie. W każdym razie tą sprawą zająć się winny fachowe pisma lekarskie i krakowskie Towarzystwo lekarskie«.

Nie dotykając »meritum« tej sprawy, którą »Przegląd le-

karski« rozpatrywał niedawno w osobnych artykułach, zwrócić musimy uwagę, że sprawy zakupna gruntu od SS. Franciszkanek na cele szpitala św. Łazarza nie powinno się rozpatrywać jedynie ze względu na ewentualne użycie tego gruntu pod pawilony zakaźne. Grunt ten bowiem, na co autor artykułu w »Czasie« nie zwrócił uwagi, może być szpitalowi potrzebny, choćby zakład zakaźny nie stanął w tej okolicy miasta. Dzisiaj brakuje szpitalowi tylu jeszcze budynków (oprócz zakładu zakaźnego), że teraźniejszy teren szpitala może na nie nie wystarczy. Nie byłoby więc rzeczą korzystną, gdyby wogóle stawiano szpitalowi przeszkody w nabyciu gruntu SS. Franciszkanek na zasadzie tylko przypuszczenia, że ma on być nabyty wyłącznie dla budowy zakładu zakaźnego. Skoro, co już jest chyba pewne, szpital św. Łazarza pozostanie na swojem miejscu teraźniejszem, to zasada powiększenia terytoryum szpitalnego leżałaby raczej właśnie w interesie miasta.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Teofil Kazimierz Kucharski, rodem z Jaszczwi w Krośnieńskiem, Olga Rubinówna z Krakowa, Jan Baścik z Kęt, Kazimierz Dobrowolski z Łęczycy, Izabela Irena Łada z Krakowa i Leopold Ryszard Zacharski z Jezierny.

— Kierownictwo tymczasowe oddziału I. A. chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza powierzył Wydział krajowy Dr A. Bobakowi.

— Dwudziestopięciolecie »Nowin lekarskich« poznańskich postanowiono obchodzić uroczyście z początkiem grudnia b. r.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. VII. do 26. VII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 3 † —), krztuśca 4, ospy wietrznej 1, płonicy 4 † 1 (— † —), odry 25 † 1, duru brzusznego — † — (— † —), czerwonki 5 † — (5 † —).
Dr Janiszewski.

Warszawa. Z powodu krytyki »Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1911«, ogłoszonej w kilku czasopismach lekarskich, zwraca »Gazeta lekarska« (Nr 30) słusznie uwagę na niemałe trudności, z jakiemi walczyć musi wydawnictwo »Przeglądu piśmiennictwa«. Cały ciężar kosztów, około 1000 rb. rocznie, spoczywa na Towarzystwie lekarskiem warszawskiem, a cały ciężar zupełnie bezinteresownej i bezpłatnej pracy — na redaktorze »Pamiętnika« tego Towarzystwa i kilkunastu ludziach dobrej woli. Zdaniem »Gazety lekarskiej« powinny także inne Towarzystwa lekarskie oraz pisma lekarskie ze wszystkich trzech dzielnic przyczyniać się do kosztów »Przeglądu piśmiennictwa«; wydawnictwo to byłoby, zdaniem »Gazety«, lepiej przekształcić na wydawnictwo samodzielne, a praca redaktora i współpracowników powinnaby być choć skromnie wynagradzana.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 21. VII. do 28. VII. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 3 † —, duru wysypkowego — † —, róży —, czerwonki 4.
Dr Trenkner.

Z różnych stron. 85. Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Wiedniu od 21. do 28. września b. r. Adres biura: Wien IX. Lazarettgasse 14, neue Kinderklinik.

— Wedle najświeższego ogłoszenia austryackiego Dziennika rozp. wojskowych, będą nadawane, począwszy od półrocza zimowego 1913/14, stypendya wojskowe tym słuchaczom medycyny, którzy zobowiążą się po ukończeniu studyów na medycynie odsłużyć 7 lat w szeregach wojska jako lekarze. Stypendya te, które mogą być pobierane już od pierwszego półrocza studyów, wynoszą po 720 koron przez siedem pierwszych semestrów, następnie zaś aż do ukończenia studyów, t. j. przez cztery półrocza, po 1008 kor. rocznie. Oprócz tego skarb wojskowy płaci koszta rygorozów i promocyi. Słuchacze medycyny mają podawać się o te stypendya w drodze swych dekanatów do ministerstwa wojny, zaś ci, którzy w tym roku otrzymali świadectwa dojrzałości, w drodze wojskowo-lekarskiej Szkoły aplikacyjnej, Wiedeń IX—3. Währingerstrasse 25. Doktorzy medycyny, pragnący przejść na służbę w wojsku, otrzymają odszkodowanie za studya w kwocie 6000 kor. Jedna połowa tej sumy zostanie im wypłacona po odbyciu służby próbnej, druga zaś po nominacyi na lekarza pułkowego.

— Jak donoszą dzienniki, został lekarz Dr Robert Bridges mianowany.... nadwornym poetą króla Jerzego angielskiego. Dr Bridges, liczący obecnie lat 70, wydawał swe poezye tylko dla przyjaciół, dlatego nazwisko jego nie było dotąd szerzej znane. Z »posadą« nadwornego poety związane jest od średnich jeszcze wieków wynagrodzenie 72 funtów sterl. w gotówce i — beczka małmazyi.

— Ofiarą promieni Röntgena padło w początkach ery rentgenowskiej wielu dzielnych badaczy, nie znając jeszcze niebezpieczeństwa działania promieni. I tak, profesor z Birmingham Hall-Edwards stracił obie ręce (rząd wyznaczył mu pensyę), Dr Infroit z Paryża utracił kilka palców ręki prawej (odznaczony krzyżem legii honorowej), dyrektor radiograficznego instytutu w Genewie Simon poddać się musiał amputacyi ręki itp. Dodać trzeba, że dzielni ci ludzie mimo wszystko z zapałem nadal oddają się swej pracy, o ile jeszcze stan ich na to pozwala.
K.

Mianowani: doc. Weinland profesorem fizyologii w Erlangen; prof. Dietrich profesorem patologii, prof. R. Müller profesorem bakteryologii w Kolonii; Dr Monro profesorem kliniki lekarskiej w Glasgowie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1913.

Gazeta lek. Nr 26—30.: Pawiński: O wpływie nadużycia w paleniu tytoniu na naczynia i serce (26—28). — Moraczewski (dok. 26). — Ciechanowski: Wspomnienie pośmiertne o ś. p. prof. Pareńskim (25). — Gębarski: Przypadek wrodzonego niedorozwoju lewego płuca z niezwykle dużym przerostem prawego płuca (27). — Brudziński: Dr Antoni Sikorski (wspomnienie pośmiertne) (28). — J. Jaworski: XVII. międzynar. Kongres lekarski w Londynie i zamierzony udział w nim lekarzy Polaków (28). — Higier: Śródbłoniak-piaszczak na dnie III komory i torbiel międzyszypułkowa na podstawie mózgu, naśladujące nowotwór kąta móżdżkowo-mostowego. Zabieg operacyjny (28—30). — J. Jaworski: Znaczenie sądowo-lekarskie Missed abortion i Missed labour (29). — Kukliński: Zastosowanie lecznicze emanacyi radu w chorobach wewnętrznych (30).

Medycyna i Kronika lek. Nr 26—30.: Urstein: Z fizyologii i psychologii wieku starczego (26). — Lorentowicz: O leczeniu włókniaków i krwawień macicznych promieniami Roentgena (27—28). — Zwybel: Serodyagnostyka ciąży według metody prof. Abderhaldena (28). — Rozenblatówna: O odczynach tuberkulinowych skórnych u dzieci (29—30). — Dehnel: Stan współczesny rozpoznania, patologii i leczenia chorób nerkowych (29—30).

Tygodnik lek. Nr 26—30.: Moraczewski: O równomiernem wydzielaniu indykanu i kwasu moczowego w moczu chorych (26—29). — Heschelesówna: W sprawie cukrzycy u dzieci (26—27). — Wrzosek: Adam Bochenek (wspomnienie pośmiertne) (27). — Lewicki: Historya Krynicy. (27—30). — Reis i Reisowa: Aparat Golgi-Kopscha i wtręty śródkomórkowe (28—29). — Wiczkowski: Stanisław Pareński (wspomnienie pośmiertne) (26).— Hirschfeld: Rozpoznawanie ciąży według Abderhaldena (26). — K. Orzechowski: Metaluetyczne cierpienia układu nerwowego a wewnętrzne wydzielanie (30). — Lateiner-Mayerhoferowa i Progulski: Spostrzeżenia statystyczne nad sposobem żywienia oseskόw we Lwowie (30). — Fr. Czubalski: Zaduszenie i adrenalina (30).

Nowiny lekarskie. Nr 7—8.: Hornowski: Przyczynki z dziedziny anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej

do kwestyi związku gruczołów wydzielania wewnętrznego z chorobami nerwowemi i umysłowemi. — Gliński: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności. — Nowaczyński: Leczenie cukrzycy. — Szerszyński: Postępy w leczeniu gruźlicy stawów. — Piotrowski: Ciało i dusza. — Maziarski: Adam Bochenek (wspomnienie pośmiertne). — (Nr 8. »Nowin« nie zawiera artykułów oryginalnych).

Lekarz wileński Nr 6.: Żabko-Potopowicz: W kwestyi intubacyi i tracheotomii. — Boguszewski: O biologicznym sposobie oczyszczania wód ściekowych. — Zaleska: XII. Zjazd Pirogowski.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Tom 109. Zesz. 1. i 2.: Sokołowski: Fundusz konkursowy im. Chałubińskiego (zarys historyczny). — Simchowicz: Badania nad anatomią patologiczną otępienia starczego (c. d).

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 1—3.: Krzyształowicz: Histologia rogowca dziedzicznego skóry dłoni i podeszew.— Serkowski: Wakcynoterapia. — Wiśniewski: Parałuszczyca.

Przegląd pedyatryczny, Tom V. Zesz. 4.: Tomaszewski i Schreiber: Kilka słów o leczeniu wodogłowia wewnętrznego metodą Brahmann-Antona. — Judt: Ostre ropne zapalenie stawów u niemowląt. — Matylda Biehler: Porażenie ostre rdzenia u dzieci. Choroba Heine-Medina.

Postęp okulist. Nr 5—6. Majewski: Nystagmus intermittens celerrimus. — Kleczkowski: 1) Rzadki przypadek phlyctaena pallida. 1) Alopecia universalis.

Odczyty kliniczne. Serya XX. Z. 4—6. Gajkiewicz: O objawach przedsionkowych i ich znaczeniu fizyologicznem i patologicznem.

Kronika dentyst. Nr 7.: Zwierzchowski (dok.).

Przegląd higieniczny Nr 7.: Opieński: Hygiena wsi.

Zdrowie Nr 7—8.: Artykuł wstępny (o koloniach wakacyjnych). — Babski: Sucha inhalacya t. zw. morskiem powietrzem, jej urządzenie, stosowanie i wyniki. — Ciechanowski: Kolonie wakacyjne szkół średnich w Galicyi. — Grundzach: O wskazaniach do picia wód mineralnych naturalnych w świetle nauki i praktyki lekarskiej. — Mojkowski: O zatruciu trychinami czyli włośnicy, z powodu epidemii w powiatach włocławskim, kutnowskim i gostyńskim. — Dehnel: W sprawie racyonalnego leczenia gruźlicy w Zagłębiu Dąbrowskiem. — Fidler: Stan szpitalnictwa oraz ruch chorych w szpitalach Ziemi Radomskiej. — K. Zaleski: Jakim powinien być współczesny lekarz zdrojowy.

Słowo lek. Nr. 12—13:. »Droga usłana różami«. — Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi (c. d.). — Stan szpitali krajowych (c. d.). — Klauber: Stempel na lekarskich dokumentach.

Głos lekarzy Nr 13—14: Centralne biuro dla spraw lekarskich. — Walka z alkoholizmem. — Ustawa o zapobieganiu chorobom zakaźnym. — Sądy rozjemcze i komisye kontraktowe dla lekarzy kasowych. — Mikołajski: 1) Z polemiki sezonowej. 2) Euthanasia. 3) Bezpłatne usługi lekarzy.

Nasze Zdroje. Nr 13—15. Prasa prowincyonalna wobec zdrojownictwa naszego. — Tarnawski (dok.). — Galicya w wydawnictwach ministerstwa kolejowego. — W obronie zabytków przyrody. — Głos duchowieństwa polskiego o przyszłości naszych zdrojowisk. — Walewska: Przed porachunkami z letnich wczasów. — Sokołowski: Wakacye w kraju. — Bandrowski: Do naszych posłów. — Wegner: Zwierciadło prawdy. — Nowa krzywda ze strony rządu.— L. N.: Z pobrzeża morskiego w Połądze.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LII. Kraków, dnia 9. sierpnia 1913. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V a) szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Prymaryusz Dr Eugeniusz Borzęcki)

Wlewania śródżylne sinku złotowo-potasowego w przypadkach gruźlicy skóry.

Podał

Dr Ksawery Walter,

sekundaryusz oddziału.

Bruck i Glück[1]) ogłosili niedawno wyniki lecznicze w sprawach gruźliczych i kiłowych skóry — przy stosowaniu wlewań śródżylnych sinku złotowo-potasowego (aurum-kalium cyanatum). Badania ich były jednem z ogniw w łańcuchu studyów chemoterapeutycznych, którym dał początek Ehrlich. Po licznych doświadczeniach wielu poprzedników, stosujących różne środki w chemoterapii gruźlicy, zwrócili się Bruck i Glück do sinku złotowo-potasowego, środka, podanego przez Kocha, a wypróbowanego przez Behringa, działającego wybitnie bakteryobójczo na prątki gruźlicze (znanego od dawna w lecznictwie gruźlicy i kiły). Wybrali oni do swych badań przypadki gruźlicy zewnętrznych powłok skórnych, jako najlepiej nadające się do śledzenia postępów leczniczych. Wypróbowawszy dokładnie działanie sinku złotowo-potasowego na zwierzętach, określiwszy dawki lecznicze i śmiertelne, stosowali środek ten w całym szeregu przypadków gruźlicy skóry i kiły i mieli wyniki dodatnie, zachęcające do dalszych badań. Stosowali bądźto samo wlewanie śródżylne rozczynu sinku złotowo-potasowego, bądźto w połączeniu ze wstrzykiwaniami podskórnemi starej tuberkuliny Kocha, a wyniki tego połączonego leczenia w przypadkach tocznia miały przewyższać wyniki leczenia samemi tylko wlewaniami śródżylnemi.

Zachęcony dobrymi wynikami tych autorów, zastosowałem wlewania śródżylne wyżej podanego środka u 5 chorych, dotkniętych toczniem twarzy z oddziału prym. Dr Borzęckiego, któremu tutaj składam podziękowanie. Trzy przypadki leczone były tylko wlewaniem śródżylnem, 2 natomiast równocześnie wstrzykiwaniami starej tuberkuliny Kocha. Do ogłoszenia spostrzeżeń tej niewielkiej liczby przypadków skłoniła mnie ta okoliczność, że chorzy byli dłuższy czas w obserwacyi (a niektóre przypadki obserwowano nawet przez czas $3^1/_2$-miesięczny po skończonem leczeniu), można więc z większem już prawdopodobieństwem wypowiedzieć zdanie o wartości leczniczej tej metody.

[1]) Münch. med. Wochschr. 1913. Nr 2.

Bruck i Glück jako najniższą liczbę wlewań podają 12, robili ich jednak i po 20, co drugi lub trzeci dzień. Dawki ustalili następujące: u dzieci od 0·005—0·03, u dorosłych 0·03—0·05. Wyższych dawek nie radzą stosować, gdyż dawki takie mogłyby wywołać poważniejsze zaburzenia w ustroju.

Wlewania wykonywałem ściśle według wskazówek autorów. Z wodnego wyjałowionego rozczynu 1% sinku złotowo-potasowego odmierzałem odpowiednią dawkę i dawkę tę, zmieszaną z 50 cm³ 0·5% rozczynu soli kuchennej, wlewałem w żyłę środkową przedramienia. Używałem do tego przyrządu, podanego przez Arzta i Schramecka, a używanego na naszym oddziale do wlewań śródżylnych salwarsanu. Igły wybierałem jak najcieńsze, gdyż koniecznem było oszczędzanie ścian naczyń żylnych ze względu na częstość wlewań. Co do dawek, to stosowałem odmiennie, niż podali Bruck i Glück; u dzieci bowiem ponad 12 lat rozpoczynałem od 0·01—0·02 i już w trzeciem wlewaniu stosowałem dawkę 0·03, a w następnych już wyższe aż do 0·05. U dorosłych rozpoczynałem od dawki 0·03—0·04 i w trzeciem wlewaniu już przechodziłem do dawki 0·05 aż do 0·07 (ostatnie 6—8 wlewań). Kilkanaście ostatnich wlewań zastąpiłem wstrzykiwaniami śródżylnemi w ilości 10 cm³ rozczynu soli kuchennej przy pomocy zwykłej 10-gramowej strzykawki Pravatza, który to zabieg dawał się wykonać szybciej, a przez chorych również dobrze był znoszony. Co do liczby wlewań, to wykonywałem ich po 15, w jednym przypadku 18, wykonując je co drugi lub trzeci dzień. W przypadkach, w których leczenie to łączono z wstrzykiwaniami tuberkuliny — w 24 godzin po wstrzyknięciu, na szczycie odczynu miejscowego, wlewałem rozczyn sinku złotowo-potasowego.

Przypadki, leczone tylko wlewaniami sinku złotowo-potasowego:

1) I. P., l. 14. Lupus exulcerans faciei, nasi et femoris d. Sprawa trwa od lat 4. Czterokrotna operacya (excochleatio). Liczne blizny pooperacyjne; nacieki toczniowe miejscami rozpadłe, przedstawiające owrzodzenia płaskie, o brzegach nierównych, dnie pokrytem ziarniną atoniczną. W otoczeniu i w bliznach liczne typowe guzki. Wykonano 14 wlewań w 32 dniach; dawka najmniejsza 0·01, średnia

0·05; ogółem 0·47 gr. Ciepłota średnia 37·4, po 2 ostatnich wlewaniach 38·4. Wynik po 44 dniach. Nacieki częściowo wessały się, — owrzodzenie pokryte w części naskórkiem. Jednakże w otoczeniu utrzymują się liczne guzki. Po 2 tygodniach obserwacyi nacieki poczęły rozpadać się. Zastosowano następnie leczenie maścią pyrogallusową.

2) W. S., l. 15. Lupus exulcerans nasi et regionis submentalis. Lymphomata colli. Wlewań 14 w 32 dniach; dawka najmniejsza 0·01, najwyższa 0·055, zwykle stosowana 0·05. Razem wstrzyknięto 0·47 gr. Ciepłota najwyższa po wlewaniach 37·2. Wynik: częściowe zabliźnienie owrzodzeń i częściowe wessanie nacieków toczniowych; po 2-tygodniowej obserwacyi stosowanie maści pyrogallusowej.

3) M. O., l. 20. Lupus nasi hypertrophicus. Wlewań 15 w 37 dniach, najmniejsza dawka 0·03, najwyższa 0·075. Razem 0·68. Ciepłota średnio 37·8, tylko po ostatniem wlewaniu 38·2. Po trzech ostatnich wlewaniach bole głowy, wymioty, dreszcze. Wynik: częściowe wessanie nacieków.

Drugą część doświadczeń stanowią 2 przypadki, w których łączono leczenie sinkiem złotowo-potasowym z wstrzykiwaniem starej tuberkuliny Kocha.

Bruck i Glück stosowali wstrzykiwania podskórne starej tuberkuliny Kocha w ilościach, wywołujących tylko odczyn miejscowy, a starali się unikać odczynu ogólnego. Na szczycie odczynu po 24 lub 48 godzinach, kiedy ognisko było żywo czerwone, silnie przekrwione — wlewali śródżylnie sinek złotowo-potasowy, spodziewając się, że środek ten, krążąc swobodnie w rozszerzonych naczyniach, będzie mógł dobitniej zadziałać na tkankę chorobową.

W 2 przypadkach, leczonych tą metodą, stosowałem dawki tuberkuliny od 0·0002 –0·0003 aż do 0·001. Odczynu ogólnego po pierwszych dawkach nie otrzymywałem, miejscowy natomiast odczyn mniej lub więcej wybitny. Po 24 godzinach, gdy ognisko było najsilniej przekrwione, stosowałem wlewanie śródżylne. Ale i wyniki tej metody nie były lepsze, ani nie zachęcają do dalszych doświadczeń.

4) K. M., l. 17. Lupus alae nasi sin. Sprawa trwa od lat 4; miejscami od środka zabliźnienie, na obwodzie w okolicy otworu nosowego małe owrzodzenie wielkości grochu, część wolna skrzydełka nosowego zniszczona. Wstrzykiwań podskórnych tuberkuliny zrobiono 6, dawka 0·0002—0·0008, wlewań śródżylnych sinku złotowo-potasowego 15, dawka najwyższa 0·085, razem 0·86. Po 5. i 6. (ostatniem) wstrzyknięciu starej tuberkuliny w ilości 0·0008 bardzo gwałtowny odczyn ogólny; ciepłota 40°, silne bóle głowy, wymioty, osłabienie. Wlewanie jednak, wykonane po ustąpieniu gorączki w 48 godzin, nie wywołało żadnych objawów. Ze względu na ów silny odczyn po małych dawkach tuberkuliny musiano zaprzestać jej wstrzykiwań, a ograniczyć się tylko do wlewań śródżylnych sinku złotowo-potasowego. Wynik: owrzodzenie częściowo pokryte naskórkiem, guzki i nacieki utrzymują się. Chorą obserwowano po ostatniem wlewaniu przez dwa miesiące, a gdy nacieki poczęły się powiększać i następowo rozpadać, zastosowano maść pyrogallusową.

5) I. Kr., l. 18. Lupus hypertrophicus nasi, labii oris sup. et pal. dur. Wstrzyknięć starej tuberkuliny 18 po 0·0005 do 0·001. tyleż wlewań śródżylnych sinku złotowo-potasowego w średniej dawce 0·05, razem 0·85. Dwukrotnie wzniesienie ciepłoty do 38·3 — 16 wlewań nie dało wyższej ciepłoty ponad 37·1. Ogólnego odczynu po tuberkulinie nie było, tylko odczyn miejscowy. Wynik zupełnie ujemny. Nacieki wcale się nie wessały, owrzodzenie niezabliźnione, tak, że w tydzień po ostatniem wlewaniu wyskrobano ogniska.

Wlewanie śródżylne sinku złotowo potasowego znoszone były przez chorych dobrze, a ujemnych następstw ani zaburzeń ze strony nerek i przewodu pokarmowego nie można było zauważyć.

W jednym przypadku po zastosowaniu dawki 0·07 pojawiły się przemijające wymioty i bole głowy. Sam zabieg był zupełnie bezbolesny. Nacieków w tkance okołożylnej ani większych podbiegnięć krwawych na 90 wlewań nie stwierdzono ani razu, tak, że bez przeszkody można było wykonywać wlewania co drugi dzień. Ciepłota po wlewaniach sinku złotowo-potasowego nie podnosiła się prawie nigdy wyżej, jak tylko o kilka dziesiętnych. Natomiast w leczeniu, połączonem ze wstrzykiwaniami tuberkuliny, odczyn po tuberkulinie bywał nieraz bardzo wybitny. W jednym przypadku można było stwierdzić zgodnie z Bettmanem[2]), że odczyn po wstrzyknięciu małej dawki tuberkuliny (0·0008), poprzednio znoszonej zupełnie dobrze, był bardzo gwałtowny, ciepłota dochodziła do 40°, utrzymywała się około 2 dni, wahając się między 38·8 a 39·5, zjawiły się silne dreszcze, bóle głowy, osłabienie i t. d. Gdy po następnem wstrzyknięciu tuberkuliny znowu pojawił się tak silny odczyn, musiano zaniechać wstrzykiwań podskórnych tuberkuliny, a ograniczyć się tylko do wlewań śródżylnych sinku złotowo-potasowego.

W drugim przypadku tak wlewania, jak i wstrzykiwania, znoszone były bez wybitnych odczynów: dwukrotnie tylko, po dwóch ostatnich wlewaniach (0·05 auri kalii cyanati) ciepłota podniosła się do 38·2°.

U wszystkich chorych zauważyć można było w 12—24, a nawet w 48 godzin po wlewaniu wybitny odczyn w tkance chorobowo zmienionej; ognisko stawało się silniej przekrwione, przybierając barwę sino-czerwoną. W żadnym przypadku nie można było zauważyć jakichś szkodliwych następstw dla ustroju. Owszem chorzy przybierali na wadze (do 10 kg.), ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych zwiększała się. Jednakże te korzystne wyniki należy przypisać lepszym warunkom odżywiania i higieny podczas pobytu w szpitalu, gdyż byli to ubodzy ludzie pracy, żyjący w wielkim niedostatku.

Wyniki lecznicze co do samego tocznia nie przedstawiały się w naszych przypadkach tak dodatnio, jak w przypadkach Brucka i Glücka. Nie da się zaprzeczyć, że już po drugiem lub trzeciem wlewaniu dawały się spostrzegać zmiany w tkance chorobowo zmienionej, jak np. barwa ognisk zmieniała się na więcej różową, nacieki toczniowe zmniejszały się, pojedyncze guzki ulegały wessaniu, owrzodzenia pokrywały się naskórkiem, chorzy dotknięci zmianami na błonie śluzowej nosa doznawali poprawy w oddychaniu. Poprawa ta jednak, postępująca z początku tak szybko, zwykle po 8. lub 10. wlewaniu zatrzymywała się, a sprawa gojenia dalej nie postępowała.

Dłuższa obserwacya chorych, jednomiesięczna, a nawet dwumiesięczna, przekonała nas, że zabliźnione owrzodzenia z powrotem rozpadały się, nacieki zwiększały się, słowem obraz tocznia wracał do poprzedniego stanu i następowo trzeba się było uciekać do zabiegów operacyjnych lub do stosowania maści pyrogallusowej.

Sam Bruck powiada: »Über eine etwa mögliche definitive Heilung können wir noch nichts aussagen«, a nasza

[2]) Münch. med. Wochenschr. 1913.

dłuższa obserwacya stwierdza, że o zupełnem wyleczeniu mowy być nie może.

Zważywszy na trudności zabiegów, a prawie zupełnie ujemne wyniki, sądzę, że metoda ta nie wzbogaci liczby środków leczniczych, stosowanych przy toczniu.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Steinbiss. **Doświadczalne pokarmowe stwardnienie tętnic** (arteriosclerosis alimentaris). (Virchow's Archiv. T. 212, Z. 1 i 2). Z doświadczeń, wykonanych na 77 królikach, dochodzi S. do następujących wniosków: 1) Samorodnie powstające stwardnienie tętnic jest u królików nadzwyczaj rzadkie, jeżeli brać w rachubę tylko takie zwierzęta, które żywiono w sposób zwykły i których nie poddawano doświadczeniom, wpływającym szkodliwie na stan krwi lub wymianę materyi. 2) Zapomocą sposobów, mechanicznie wzmagających parcie w aorcie, ucisku tętnicy palcami, zawieszania za kończyny tylne, nie udaje się u zdrowych, zwyczajnie żywionych królików wywołać zmian w aorcie. 3) Przy sprawach zakaźnych, szczególnie septycznych, mogą w aorcie u królików powstać rozległe zmiany sklerotyczne. 4) Króliki można przyzwyczaić do żywienia się prawie wyłącznie białkiem zwierzęcem i w tych warunkach utrzymać do 3 miesięcy przy życiu. 5) Wskutek takiego żywienia następuje zawsze cukromocz, a w tętnicach rozwijają się zmiany takiesame, jak po wstrzykiwaniach adrenaliny; zmiany są tem większe, im dłużej trwało doświadczenie. 6) Niewielki dodatek strawy roślinnej do podawanego królikom białka zwierzęcego pozwala utrzymać je przy życiu bardzo długo. 7) W takich doświadczeniach obraz zmian w naczyniach różni się charakterystycznie od zmian po żywieniu wyłącznie białkiem zwierzęcem; mianowicie zmiany anatomiczne rozwijają się głównie w błonie wewnętrznej, mniej w błonie mięsnej i są histologicznie bardzo podobne do zmian błony wewnętrznej przy stwardnieniu tętnic u ludzi. C.

Steiner. **Fizyologia i patologia leworęczności.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 20). Ciekawe szczegóły w sprawie leworęczności podaje S. Chodzi tu nie o leworęczność nabytą, lecz właściwą, t. j. wrodzoną. Bardzo często bywa ona dziedziczną. Rozróżniamy różne stopnie leworęczności: dana osoba używa lewej ręki do pewnych tylko ruchów, lub używa jej przeważnie, albo też używa ręki prawej znów do pewnych ruchów (pisanie i t. p.). Badania ostatnich czasów wykazały tu różne ciekawe fakta. I tak Bell zwrócił uwagę, że istnieje też normalnie przewaga prawej kończyny dolnej, a Liepmann i Halleroorden zapomocą zdjęć fotograficznych wykazali to co do twarzy. Prawa połowa twarzy, nawet przy budowie najsymetryczniejszej, ma zawsze wyraz żywszy w porównaniu z lewą. U ludów dzikich leworęczność jest bardzo częstą (u kulturalnych około 5—10%). Przy odwrotnem ułożeniu trzew leworęczność nie występuje częściej, niż zwykle, czego spodziewaćby się należało, przyjmując, że z natury lewa półkula mózgu jest lepiej rozwinięta, niż prawa. U osób słabo rozwiniętych umysłowo bardzo często spotykamy leworęczność lub t. zw. ambidekstryę. Statystyki wykazały, że między jąkającymi się, głuchoniemymi, prawie w 25% spotyka się leworęczność, a znów u leworęcznych bardzo często występuje padaczka i większy jest wśród nich odsetek przestępców. S. jest też wielkim przeciwnikiem panującego obecnie w Ameryce i Anglii prądu, by dzieci kształcić na »oburęcznych«, względnie leworęcznych przeobrażać na praworęcznych. Nieraz u dzieci wywołuje to występowanie jąkania się i niepewność siebie. Leworęczność odgrywa wielką rolę w ubezpieczeniu od wypadków i uszkodzeni nieraz starają się to wyzyskać, zwłaszcza ci, którzy nauczyli się pewnych drobniejszych ruchów ręką lewą np. w swoim zawodzie. K.

Stäubli. **O porównawczych mierzeniach ciepłoty i ich klinicznej ocenie.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 19—20). W sprawie norm ciepłoty ciała ludzkiego istnieją pewne cechy, o których zawsze pamiętać należy. Znaną jest rzeczą, że ciepłota odbytnicy jest zwykle wyższa, niż pod pachą, a także różnice pod obu pachami mogą być nieraz znaczne. Po ruchu forsownym ciepłota w odbytnicy podnosić się może chwilowo do 38° i wyżej, gdy pod pachą pozostaje prawidłową. Podniesienie to trwa zwykle pół godziny. U osób gruźliczych to podniesienie się ciepłoty występuje nawet w początkach choroby i Penzoldt uznał je nawet za wczesny objaw gruźlicy. Prócz tego także podnoszenie się ciepłoty po ruchach spostrzegał S. u chorych na dychawicę, blednicę, choroby serca i żółtaczkę, a także przy zdrowieniu po ciężkich chorobach. Pamiętać należy o tem, by nie wysnuć nieraz z mierzenia ciepłoty fałszywych wniosków, np. gdy chory przyjdzie zmęczony do lekarza i ma przy przypadkowem mierzeniu w odbytnicy (np. dziecko) wyższą ciepłotę, choć pod pachą jest ciepłota prawidłowa. Mierzyć też ciepłotę w odbytnicy należy dopiero w godzinę po forsowniejszych ruchach. Przy rzeczywistej gorączce, po godzinie, różnica pod pachą i w odbytnicy nie będzie przekraczać jednego stopnia, a pod pachą będzie powyżej 37. Takie wzniesienia się ciepłoty po ruchu budzić powinny zawsze podejrzenie co do gruźlicy. K.

Neurologia.

Gregor i Gorn. **Znaczenie psychopatologiczne i kliniczne objawu psychogalwanicznego** (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913 r. XVI, 1—2). Autorowie badali zjawiska psychogalwaniczne w 97 przypadkach u chorych umysłowych [1]. Co do poszczególnych grup chorobowych, wyniki były następujące:

1. Katatonia. Obniżenie zjawiska psychogalwanicznego szło równolegle z zahamowaniem psychicznem, lecz nie stało w stosunku bezpośrednim do zachowania się pod względem ruchowym. Z rozluźnieniem zahamowania katatonicznego w przypadkach łagodnych występowała zmiana krzywej spoczynkowej i zwiększenie się odczynu. Ciężkie postępujące przypadki katatonii cechowały się brakiem odczynu psychogalwanicznego. W przypadkach daleko posuniętych, z wyraźnie zaznaczonem obniżeniem strony uczuciowej, był stały brak odczynu psychogalwanicznego. Podczas przemijających stanów osłupienia (stupor) w przebiegu katatonii odczyn był prawidłowy.

2. Hebefrenia. W lekkich przypadkach tego cierpienia odczyn psychogalwaniczny polepszał się wraz z polepszeniem stanu ogólnego. W przypadkach daleko posuniętych z upośledzeniem strony uczuciowej spostrzegano brak odczynu psychogalwanicznego. W przypadkach ostrych odczyn był zmienny, odpowiednio do zmieniających się stanów świadomości, przeważał jednak odczyn na podniety bólowe. W stanach podnieceń o charakterze hypomaniakalnym spostrzegano wyraźny brak odczynu.

3. W przypadkach wrodzonego upośledzenia władz umysłowych daleko posuniętych (idiotismus, imbecillitas) odczyn psychogalwaniczny był wielkości prawidłowej. W przypadkach niezbyt daleko posuniętych odczyn psychogalwaniczny odpowiadał nagół prawidłowemu, lecz był przedłużony.

4. Przy padaczce w przypadkach, połączonych z otępieniem uczuciowem (gemütsstumpfe Individuen) od-

[1]) Jako podniety używano podrażnień czuciowych, bólowych, dźwiękowych i słuchowych; również badano zachowanie się krzywej psychogalwanicznej podczas wykonywania przez osoby badane rachunków.

czyn psychogalwaniczny był bardzo mały, ewentualnie nie występował wcale. Naogół jednak, u osobników bez zaburzeń strony uczuciowej, odczyn był zbliżony do prawidłowego.

5. W porażeniu postępującem stwierdzono wyraźną zależność odczynu psychogalwanicznego od strony uczuciowej (gemüthliche Funktionen). W przypadkach z daleko posuniętem upośledzeniem czynności uczuciowych spostrzegano brak odczynu psychogalwanicznego i swoistą krzywą spoczynkową. Odczyn prawidłowy spostrzegano tylko podczas okresów polepszeń w chorobie i w jednym przypadku porażenia postępującego wieku młodzieńczego, gdzie jeszcze była zachowana żywość uczuciowa. Podczas podnieceń o charakterze hypomaniakalnym odczyn psychogalwaniczny nie występował.

6. W przypadkach psychozy maniakalno-depresyjnej spostrzegano na szczycie zahamowania, cechującego się brakiem wszelkich wzruszeń, krzywą spoczynkową zupełnie prostą, poziomą, odczynu psychogalwanicznego albo wcale nie było, albo bardzo upośledzony. Z polepszeniem stanu ogólnego odczyn powoli wracał do stanu prawidłowego; czasem zmiany ku prawidłowej krzywej psychogalwanicznej poprzedzały polepszenie w obrazie klinicznym. Krzywa psychogalwaniczna w przypadkach lekkich była inną, w porównaniu z przypadkami ciężkimi. We wszystkich okresach hypomaniakalnych zawsze znajdowano wyraźny odczyn psychogalwaniczny.

7. W psychastenii na szczycie wyczerpania psychicznego stwierdzano silne obniżenie zdolności oddziaływania; z początkiem polepszenia stanu ogólnego odczyn wracał do stanu prawidłowego.

8. W wieku starczym (bez zaburzeń psychicznych) i w otępieniu starczem bez upośledzenia strony uczuciowej występował prawidłowy odczyn psychogalwaniczny; w przypadkach z zaburzeniami ze strony uczuć odczyn był upośledzony albo nie występował wcale.

Z badań autorów widzimy przeto, że odczyn psychogalwaniczny był upośledzony przedewszystkiem w tych przypadkach, w których występowały zaburzenia ze strony uczuć; upośledzenie intelektu nie wywierało znaczniejszego wpływu na zachowywanie się lub występowanie tego odczynu: u idyotów w przypadkach daleko posuniętych odczyn psychogalwaniczny był prawidłowy. Tę zależność odczynu psychogalwanicznego od strony życia uczuciowej stwierdzono na wszystkich postaciach chorobowych.

Wiktor Grzywo-Dąbrowski (Kochanówka).

Wegener. **Zastosowanie serodyagnostyki według Abderhaldena w psychiatryi** (Münchener med. Wochenschr. 1913. Nr 22). Nim streszczę artykuł Wegenera, w krótkości powiem o zastosowaniu odczynu seradyagnostycznego Abderhaldena do psychiatryi, wprowadzonego po raz pierwszy przez Panzera w końcu roku 1912. Fauoer zauważył, że surowice osób, cierpiących na rozmaite postacie chorób umysłowych, rozszczepiają białko różnych narządów, dając w dyalizacie odczyn peptonu z ninhidryną, jak to widzimy w oryginalnym ciążowym odczynie Abderhaldena z białkiem łożyska. Według Fauoera, surowica krwi chorych na otępienie przedwczesne rozszczepia białko gruczołów płciowych: surowica kobiety — białko jajnika, a surowica mężczyzny — białko jądra; surowica chorych na kiłę mózgu lub porażenie postępujące — białko substancyi mózgowej; w niektórych przypadkach surowica chorych na otępienie przedwczesne rozszczepiała białko gruczołu tarczowego.

Otóż Wegener przeprowadził badania w tym samym kierunku nad 200 chorymi umysłowo w klinice psychiatrycznej Jenajskiej. Wyniki badań autora były naogół całkowicie zgodne z wynikami Panzera; w jego przypadkach także surowica chorych na otępienie przedwczesne rozszczepiała białko gruczołów płciowych (surowica kobieca, jajnik, surowica męzka — jądro), a w niektórych przypadkach, białko tarczycy. Surowica chorych na padaczkę w połączeniu z otępieniem miała zdolność rozszczepiania białka substancyi nerwowej, takąż samą własność miała surowica chorych na kiłę mózgu i porażenie postępujące; białka żadnych innych narządów surowica chorych na kiłę mózgu i porażenie postępujące nie rozszczepiała. W jednym przypadku zapalenia nerwu surowica tego chorego rozszczepiała białko tkanki mięśniowej, pozostając zupełnie nieczynną w stosunku do innych narządów. Surowica chorych na psychozę maniakalno-depresyjną nie rozszczepiała białka żadnego z narządów; ten fakt potwierdza przypuszczenie, że psychoza ta należy do psychoz czynnościowych, a praktycznie jest ważny w rozpoznaniu różniczkowem co do otępienia przedwczesnego.

Wiktor Grzywo-Dąbrowski (Kochanówka).

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Celem wzmocnienia działania promieni Röntgena przez spożytkowanie promieni wtórnych, ma zamiar Pagenstecher używać napajania danej tkanki zawiesiną tlenku żelaza (ferrum oxydatum nigrum). (Münch. med. Woch. 1913, 24). K.

Rany ziarnkujące wystawia Bergeat na działanie prądu suchego powietrza, co znakomicie wysusza ranę i pobudza do gojenia. (Münch. med. Woch. 1913, 25). K.

Dawkowanie alypiny rozpatruje Impens, dochodząc do wniosku, że rozczyn 1%, a nawet 0,5% zupełnie wystarcza, zwłaszcza, jeśli się równocześnie wstrzykuje przetwory nadnercza. (Med. Klin. 1913, 4). B.

Zamiast gwoździ przy wyciągu podług Steinmanna zaleca Kulenkampff cienkie sztyfty z drutu, używanego na struny fortepianowe. (Ztbl. f. Chir. 1913, 24). K.

Do odżywiania chorych, cierpiących na raka przełyku, zaleca Krienitz cienki zgłębnik, wprowadzany na mandrynie, zaopatrzony na 5 cm. od końca w liczne otwory. (Deutsch. med. Woch. 1913, 25). K.

Naciek promieniczy na szyi wyleczyli w jednym przypadku Bittner i Thoman, wstrzykując pod naciek kilkakrotnie 25% jodypinę według sposobu Kreibicha, przy równoczesnem zastosowaniu podskórnem kakodylanu sodowego. (Prager med. Woch. 1913, 27). Mk.

Przy postrzałach stawów należy podług Schliepa przedewszystkiem stawy ustalać, ew. w gipsie, co nawet przy grożącem zakażeniu oddaje nieocenione usługi. Również zapobiegawcze leczenie zastoiną jest bardzo polecenia godne. (Tow. chir. Berlin III.). K.

Do szwu przy przepuklinach używa Golanitzki cienkich pasków, skręconych z worka przepuklinowego. Oddają mu one jeszcze lepsze usługi, niż katgut. (Ztbl. f. Chir. 1913, 23). K.

Bromural w dawce 0,6 u dorosłych, 0,3 u dzieci stosował Neuman przed zabiegami dentystycznymi u chorych wrażliwych. Po upływie 15—20 minut działał lek ten uspokajająco i lekko nasennie. (Deutsche zahnärztl. Wochens. 1913, 21). Kn.

Żylaki są u Japończyków, podług Miyanchiego, bardzo rzadkie, co autor odnosi do sposobu siedzenia mieszkańców, które wywołuje dobry odpływ krwi i usuwa ucisk na żyłę odgoleniową. (A. f. kl. Chir. 100. IV.). K.

Przy zgorzeli stopy oznacza Sandrock granicę zdrowych tkanek przez wcieranie w skórę eteru z alkoholem

Skóra zdrowa przytem czerwienieje, a chora pozostaje bladą. (Zblt. f. Chir. 1913. 27). K.

Do leczenia chorób skórnych, zwłaszcza świerzbu, wyprysku i liszaja strzygącego, zaleca Missikow ksylol. (Therap. Obozr. 1913. 4). K.

W zwalczaniu atonicznych krwotoków poporodowych uważa Credé-Hörder podskórne wstrzykiwania hydrastyniny za nader skuteczne. (Mediz. Reform. 1913, 11). Również korzystnie ocenia hydrastyninę, podawaną wewnętrznie, doc. Ziegenspeck. (Med. Klinik, 1912, 43). Br.

Sajodynę żelazową (Eisen-Sajodin) podawał Dierbach w zołzach i doszedł do wniosku, że działa ona lepiej od Syr. ferri jodati, a nie ma jego stron ujemnych. (Deutsche med. Woch. 1912, 35). Br.

Guajakozę stosował Rohardt w sanatoryum leśnem w Schönholz z wynikiem tak pomyślnym, że poleca ten lek jako środek pomocniczy w walce przeciw gruźlicy. (Med. Klinik, 1913, 8). Br.

Elarson, sól strontową kwasu chlorarsenobehenolowego (jednego z wysokowartościowych kwasów tłuszczowych), zawierającą około 13% arsenu i 6% chloru, wypróbowali doświadczalnie na zwierzętach i podawali ludziom zdrowym i przeszło 500 chorym w dawce 0,5 kilka razy dnia Fischer i Klemperer. Elarson działa podobnie do innych przetworów arsenu i ma też podobne wskazania; znoszony bywa dobrze. (Therapie der Gegenw. 1913, 1). Br.

Codeonal zjednywa sobie jako lek uśmierzający i nasenny coraz liczniejszych zwolenników. Do nich należy także Bönning (Berl. klin. Woch. 1913, 29), który jednakże zaznacza, że po jednej tabletce kodeonalu następuje wystarczający skutek tylko u kobiet, mężczyznom natomiast trzeba podawać po 2 tabletki na dawkę. Szereg doświadczeń na zwierzętach wykonał z kodeonalem Dietz. (Diss. Giessen 1913), stwierdzając, że w dawce 0,15 0,17 na kilogram wagi zwierzęcia wywołuje lek ten po 1—2 godzinach głęboki ośmiogodzinny, w dawce 0,18—0·2 na kilogram czternastogodzinny sen. Po obudzeniu się zwierząt, zauważył D. po dawkach większych przelotne niedowłady. Kn.

Paracodin, związek pokrewny kodeinie, podawał Dahl przeszło 50 chorym po 0,025 0,03 na dawkę celem uśmierzenia kaszlu w cierpieniach dróg oddechowych, ze skutkiem wogóle dobrym, a bez działania ubocznego. Oczywiście nie wpływa parakodyna na ilość plwociny, ani na samą główną sprawę chorobową. Przyzwyczajania się do parakodyny D. nie stwierdził. Parakodyna okazała się skuteczną w kilku przypadkach, w których kodeina i morfina działały słabo. (Deutsche med. Woch. 1913. 27). Kn.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 16. IV. 1913

Przewodniczy zastępca prezesa Prof. Dr Nowotny. Obecnych członków 40.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na członka zwyczajnego Towarzystwa przyjęto kol. Dra J. Czyrniańskiego.

3) Na wniosek Zarządu uchwalono jednogłośnie bez dyskusyi następującą rezolucyę w sprawie kliniki, szpitala dla dzieci i oddziału zakaźnego: »Krakowskie Towarzystwo lekarskie poczuwa się do obowiązku zwrócenia uwagi miarodajnych czynników na grożące miastu niebezpieczeństwo zniesienia kliniki i szpitala dla dzieci, oraz zmniejszenia i tak już niedostatecznej ilości łóżek dla chorych zakaźnych i uprasza Wydział krajowy, Koło polskie, Ministerstwo dla Galicyi i c. k. Namiestnictwo, aby temu grożącemu niebezpieczeństwu zapobiegły. Wydział Towarzystwa zakomunikuje wymienionym czynnikom uchwaloną rezolucyę«.

4) Kol. prof. Dr Lewkowicz: **O zaburzeniach odżywiania u niemowląt** (Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie z dnia 23. IV. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski, później zastępca prezesa Prof. Dr Nowotny. Obecnych członków 44.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Franciszek Walter przedstawia przypadek z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prymaryusza Borzęckiego, dotyczący chłopca 12-letniego, dotkniętego **granulosis rubra nasi** (Jadassohn). Na skórze nosa ognisko kształtu trójkąta, barwy szarawo-czerwonej, w którem można wyróżnić liczne małe czerwone guzki, wielkości główki od szpilki, znikające przy ucisku. Ognisko to pokrywa się od czasu do czasu kroplami potu w postaci drobnych perełek. Sprawa ta trwa od wczesnego dzieciństwa. Siostra starsza chłopca dotknięta jest również podobnem cierpieniem. Chodzi tu o naciek zapalny, usadowiony w częściach końcowych ujść przewodów potowych. Cierpienie to zdarza się tylko u osób młodych, zwłaszcza dzieci, często występuje u poszczególnych członków rodziny. Nie leczone ustępuje samo z wiekiem. Co do leczenia, skuteczne okazały się tylko naświetlania promieniami Röntgena.

W dyskusyi prym. Borzęcki podnosi rzadkość omówionego cierpienia. Jestto pierwszy przypadek, jaki miał sposobność spostrzegać.

3) Kol. Blassberg: **O fosfaturyi**. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: a) Kol. doc. Seńkowski rozpatruje problem fosfaturyi z punktu widzenia chemicznego; tłomaczy powstawanie i oddziaływanie różnych soli fosforanowych, jakoteż omawia wpływ kwaśności moczu na powstawanie fosforanów. Zwracając następnie uwagę na ważność racyonalnego leczenia fosfaturyi, omawia je i motywuje odpowiednio.

b) Kol. Edelmann (jako gość) podnosi, że zdaniem jego często powodem fosfaturyi przy pracy umysłowej jest nerwica wydzielnicza nerek; uzasadnia on to swoje zapatrywanie przykładami ze swojej praktyki i nadmienia, że stosując urotropinę otrzymywał dobre wyniki.

c) Kol. Borzęcki zaznacza, że pojawiania się fosfaturyi w przebiegu wiewióra na podstawie swoich spostrzeżeń nie może potwierdzić. Nasuwa się natomiast przypuszczenie, że prawdopodobnie ci z klinicystów, którzy zauważyli występowanie fosfaturyi częstsze u chorych na wiewióra, skazywali ich na dyetę przeważnie mleczną. U osób dotkniętych neurastenią (neurasthenia sexualis), której punktem wyjścia są zmiany mniej lub więcej posunięte w tylnym odcinku cewki lub w gruczole krokowym, stwierdza się bezwątpienia częściej fosfaturyę, którą jednak trzeba uważać za jeden z objawów, spotykanych wogóle przy neurastenii, a nie za wynik miejscowego schorzenia.

d) W odpowiedzi kol. Blassberg twierdzi, że fosfaturya spostrzegana przy pracy umysłowej jest zjawiskiem częstem, ale nie można jej odnosić do nerwicy nerek. Leczenie urotropiną jako środkiem moczopędnym przynieść może wprawdzie polepszenie, nie jest jednak leczeniem zasadniczem przyczyny choroby. Zdaniem mowcy dyeta w wiewiórze bezsprzecznie odgrywa ważną rolę w powstawaniu fosfaturyi; nie da się jednak zaprzeczyć, że sam wiewiór, jako taki, fosfaturyę wywoływać może.

Posiedzenie z dnia 30. IV. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 46.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes zawiadamia, że na zwyczajnego członka Towarzystwa przyjęto kol. Momidłowskiego i że Towarzystwo dostało zaproszenie do wzięcia udziału w »Obchodzie 3. Maja« i w »Wystawie balneologicznej w Kijowie«.

3) Na »Dar narodowy 3. Maja« zebrano na rzecz Tow. szkoły ludowej 29 kor. 50 h.

4) Kol. Pisarski przedstawia przypadek z oddziału chirurgicznego prof. Rutkowskiego. B. J. l. 50, rolnik. Chory cierpi od 3 tygodni na częste oddawanie moczu. Mocz oddziaływa zasadowo; w osadzie duża ilość ropy. Badanie narządów wewnętrznych nic szczególnego nie stwierdza. Cystoskopia: błona śluzowa silnie, równomiernie nastrzykana; obrysy drobniejszych naczyń tętniczych zatarte; silne beleczkowanie; pomiędzy beleczkami dużo drobnych uchyłków; na bocznej lewej ścianie pęcherza otwór wielkości srebrnego guldena, po przejściu którego cystoskop dostaje się do dużej przestrzeni, o gładkich, jasnych ścianach; beleczkowania tutaj nie widać, a naczynia krwionośne mają zatarte obrysy. Położenia ujść moczowodów nie stwierdzono, gdyż leżą prawdopodobnie w uchyłkach. Rozpoznano: **diverticulum vesicae, cystitis.** Z cięcia nadłonowego wypreparowano cały uchyłek, który leżał na tylnej ścianie pęcherza, odcięto go, a w otwór w pęcherzu, powstały przez odcięcie uchyłka, wszyto lewy moczowód, który wchodził do uchyłka. Badanie drobnowidowe ściany uchyłka wykazuje brak prawie zupełny nabłonka powierzchniowego. Błona śluzowa jest wyraźnie obrzękła, nierównomiernie drobnokomórkowo nacieka. Warstwa mięsna zachowana. Wśród niej miejscami dają się jeszcze wyróżnić jej trzy zwykłe pokłady. Cały ten obraz przemawia za uchyłkiem pęcherza prawdziwym. Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Po czterech tygodniach stwierdzono cystoskopem, że moczowód lewy, wrośnięty do pęcherza, działa prawidłowo.

5) Kol. Rosenhauch przedstawia w zastępstwie radcy dw. Prof. Wicherkiewicza dwa przypadki:

a) Chorą ze zmianą wrodzoną: **Coloboma iridis, corporis ciliaris, chorioideae, lentis, membrana pupill. perseverans ocul. dextri. Microphthalmus congen., cystis palpebr. infer. ocul. sinistri.** R. zwraca uwagę na rzadkość przypadku. Z torbieli wydobyto przed kilku dniami płyn jasno-żółtawy, przeźroczysty, w ilości 4 cm³, a badanie tegoż wykazało znaczną ilość białka (Prof. Marchlewski). Mowca wspomina o podobnym przypadku, ogłoszonym przez prof. Wicherkiewicza, gdzie torbiel była obustronną, a płyn z niej wydobyty był barwy ciemnej o zapachu karmelu; badanie (prof. Marchlewski) wykryło w nim barwik, pochodny od barwika krwi.

b) Następnie przedstawia kol. R. chorą, operowaną przed 14 laty z powodu zaćmy wrodzonej, u której teraz wystąpiły objawy **jaskry**, połączone z upośledzeniem bystrości wzrokowej. Irydektomia dobrzeżna okazała się bezskuteczną. Dopiero **sklerotomia krzyżowa**, sposobem Wicherkiewicza wykonana doprowadziła do pożądanego wyniku. Objawy jaskry ustąpiły, a wzrok się poprawił.

6) Kol. Skórczewski: **O wpływie leczenia radem na przemianę materyi.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawiali kol. prof. Klecki i Dr Skórczewski.

Sekretarz Dr J. Zubrzycki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 7. V. 1913.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: Sonnenberg.

1) Kol. M. Cohn pokazał kobietę **z pochwą niedokształconą.** Macicy i jajników wyczuć nie można.

2) Kol. Goldberg pokazał przypadek wola torbielowego u dziewczyny, u której naprzód wyłuszczył jeden płat, potem drugi. Tenże pokazał chłopca, u którego odpadł koniec prącia po przewiązaniu sznurkami przez towarzysza zabaw.

3) Kol. Perlis przedstawił 30 letniego robotnika, który zgłosił się był jako chory od 3 dni. Początek choroby gwałtowny, przypominający napad zapalenia wyrostka robaczkowego. W przeciągu $1^1/_2$ roku napadów było cztery o różnem natężeniu, lecz słabszych od obecnego. Żółtaczki nigdy nie było. Przy objawach rozlanego zapalenia otrzewnej laparotomia; wyrostek nie zmieniony. W jamie brzusznej bardzo dużo żółci, która pokrywa jelita cienką warstwą, w jamie Douglasa wielka ilość mętnej żółci. Z pod prawego łuku żebrowego żółć leje się strumieniem. Przedłużenie cięcia ku górze. W głębi pod pęcherzykiem żółciowym, małym i mocno zrośniętym, z otworu w przewodzie pęcherzykowym wypływa obficie żółć. Otwór ten na przejściu pęcherzyka w przewód jest owrzodzeniem ściany przewodu, z nekrotycznymi brzegami, przykrytymi sadłowatym nalotem, wielkości srebrnej 10-groszowej monety. W otworze sterczy kamień o nierównej, zazębionej powierzchni, wielkości fasoli. Bardzo ciężki stan chorego (sinica, tętno ledwie wyczuwalne) nie pozwala na zabieg doszczętny, wskutek czego wykonano **cholecystostomię** i przez otwór w pęcherzyku wydobyto jeden duży i trzy drobne kamyki. Na owrzodzenie w przewodzie przyłożono sieć, którą umocowano kilkoma szwami. Tampon i sączek do pęcherzyka. Częściowy szew ściany brzusznej. Sączek do jamy Douglasa po usunięciu wyrostka. Przebieg pooperacyjny początkowo dość burzliwy wskutek ostrego nieżytu oskrzeli. Czwartego dnia chory usunął poprzez opatrunek sączek z pęcherzyka. Siódmego dnia wskutek gwałtownego napadu kaszlu rozejście się szwów i wypadnięcie jelit. Relaparotomia. Szew. Odtąd przebieg pomyślny, wypływ żółci szybko się zmiejsza, po 3 dniach chory wstaje, po 6 dniach opuścił szpital z wygojoną raną. **Przedziurawienie przewodu pęcherzykowego przez kamień** z następczem zapaleniem otrzewnej zdarza się dość rzadko. Riedel na 695 przypadków kamieni w przewodach żółciowych spostrzegał zniszczenie przewodu pęcherzykowego przez kamień częściowe lub całkowite tylko 18 razy.

4) Kol. Goldman przedstawił mężczyznę **z tłuszczako-włókniakami** (fibro- lipomata multiplicia).

5) Kol. Tenenbaum pokazał chłopca, u którego rozpoznał **chorobę Addisona** w okresie początkowym.

6) Kol. Brabander przeczytał rzecz p. t.: **O wyciągu przysadki mózgowej, jego charakterystyce farmakologicznej i fizyologicznej, wartości klinicznej i naukowej w położnictwie.**

Treść odczytu: Przysadka mózgowa składa się z 2 części, przedniej gruczołowej, pod względem fizyologicznym obojętnej, i tylnej (neurohypophysis), której wyciągi wodne wywierają wpływ potężny na ustrój zwierzęcy, mianowicie podnoszą ciśnienie krwi, działając na naczynia obwodowe, oraz bezpośrednio na serce, wzmagają wydzielanie moczu, pobudzają do kurczów mięśnie pęcherza moczowego, a najwybitniej działają na macicę, wywołując silne i miarowe skurcze. Działanie na macicę jest swoiste i daje się spostrzegać przy zastosowaniu dawek niewielkich, które na ciśnienie krwi oraz ogólną muskulaturę gładką wpływu nie wywierają. Doświadczenia laboratoryjne znalazły potwierdzenie w klinice położniczej. Pituitryna wyraźnie wzmaga i wzmacnia osłabione i pierwotnie atoniczne bóle podczas porodu już rozpoczętego, zwłaszcza w II okresie i przyspiesza rozwiązanie, a w niektórych, nielicznych coprawda przypadkach jest zdolna wywołać poród wtedy, kiedy jeszcze bólów nie było.

Na 1438 spostrzeżeń, zebranych przez prelegenta z literatury, przyspieszenie czynności porodowej po zastosowaniu pituitryny zauważono w 85% przypadkow. W 15 przypadkach, obserwowanych przez prelegenta, pituitryna dała 68·5% wyników bardzo efektownych, w pozostałych zaś przypadkach działała słabo, jakkolwiek skurcze macicy wy-

stępowały zawsze bezpośrednio po wstrzyknięciu przetworu. Bóle, wywołane przez pituitrynę, miały charakter fizyologiczny, niekiedy tylko były zbyt krótkie i bolesne. Szkodliwego wpływu na płód i rodzącą B. nie spostrzegał z wyjątkiem 2 przypadków niedowładu macicy po porodzie u pierwiastek, czego jednak nie można przypisać bezwarunkowo pituitrynie. Nawet u rodzących, dotkniętych zapaleniem nerek, groźne objawy ogólne po wstrzyknięciu pituitryny nie dały się zauważyć. Spostrzeżenia B. zgadzają się z zapatrywaniami większości ginekologów.

Mniejszość zaledwie spostrzegała po zastosowaniu wyciągu powikłania następujące: 1) bóle skurczowe, 2) tężec macicy, 3) zwolnienie tętna płodu i śmierć tegoż w następstwie bólów skurczowych, 4) śmierć niezależnie od charakteru bólów, 5) objawy zatrucia u rodzących, przypominające wstrząs anafilaktyczny. Spostrzeżenia te, jako odosobnione, nie mogą zachwiać ustalonego już poglądu, że pituitryna, jako środek wzmacniający bóle w czasie porodu rozpoczętego, ma niezaprzeczoną wyższość nad wszystkimi, dotychczas używanymi w tym celu środkami farmakologicznymi. Doświadczenia laboratoryjne i kliniczne z pituitryną mają bardzo doniosłe znaczenie naukowe. Stwierdzony przez Erdheima, Stummego i Koldego przerost przysadki mózgowej w czasie ciąży oraz potężny wpływ hormonu przysadki na macicę ciężarną zwierzęcia i człowieka skłaniają Kehrera do wypowiedzenia już dziś śmiałego przypuszczenia, że w zwiększonej wydzielinie wewnętrznej przysadki podczas ciąży musi się kryć dotychczas niewyjaśniona przyczyna pierwszych bólów porodowych.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: K. Brzozowski, Garlicka, Sonenberg i Sterling.

a) Kol. Brzozowski wbrew spostrzeżeniom Siewers-Schneidera, który po wstrzyknięciu pituitryny widział objawy anafilaktyczne i napady rzucawki, przytacza przypadek Anteckiego, który po 5 napadach drgawek porodowych zauważył uspokojenie się ich po wstrzyknięciu pituitryny. Chora urodziła po upływie 12 godzin i przez cały czas drgawki się nie powtarzały. Po porodzie rzucawka się ponowiła; po wstrzyknięciu powtórnem pituitryny napady się uspokoiły i już nie powracały.

b) Kol. Garlicka, omawiając jeden z przypadków, opisanych przez B., twierdzi wbrew temuż, że wynik wstrzyknięcia w danym razie uważać należy za dodatni, albowiem bóle wystąpiły, przyczyną zaś niepowodzenia był zaznaczony przez Br. niestosunek główki do miednicy.

c) Kol. Sonenberg zapytuje prelegenta, czy ciśnienie krwi przy stosowaniu wyciągu z przysadki mózgowej długo po wstrzyknięciu pozostaje wzmożonem, z hypertensyą bowiem naczyń, trwającą, jak naprzykład w przypadkach porodu, kilkanaście i więcej godzin, należałoby się liczyć.

d) Kol. Sterling zaznacza, że stosuje pituitrynę jako dodatek do rozczynu adrenaliny do mięśni już od roku z górą (przy dychawicy oskrzelowej). W każdym przypadku, w którym nie jest pewny sprawności mięśnia sercowego, na pół godziny przed zastosowaniem tej mieszaniny wstrzykuje do mięśni digipuratum solubile. Sądzi, że prawie wszystkie objawy uboczne, które prelegent przypisuje anafilaksyi, są objawami naczynioruchowymi, zależnymi od farmakologicznego działania stosowanego środka. Przeciw podobnym skutkom działania adrenaliny, w których przeważają objawy niedokrwistości mózgowia, najprędszą pomoc daje wąchanie amoniaku.

e) Kol. Brabander w odpowiedzi Brzozowskiemu zaznacza, że spostrzeżenie Anteckiego jest unikatem w literaturze i niczego nie dowodzi. W odpowiedzi Garlickiej: Przypadku, omawianego przez Garlicką, Br. nie zalicza ani do ujemnych, ani dodatnich i jak wyraźnie zaznaczył w przemówieniu swem, wyłączył go zupełnie przy obliczaniu statystyki. Do dodatnich pod względem klinicznym zaliczyć go niepodobna, gdyż niestosunek był bardzo umiarkowany, a bóle po pituitrynie były słabe i krótkotrwałe. Należy ściśle odróżniać wyniki pod względem klinicznym i fizyologicznym. Z tego drugiego stanowiska wynik wstrzyknięcia należy uważać za dodatni, gdyż po wprowadzeniu pituitryny do ustroju macica oddziaływała w postaci skurczów, słabych wprawdzie, ale nie ulegających wątpliwości. W odpowiedzi Sonenbergowi zaznacza Br.: Jak pokazały doświadczenia na zwierzętach, tylko pierwsze wstrzyknięcie pituitryny podnosi ciśnienie krwi, a ponowne wstrzyknięcia albo na ciśnienie wpływu nie wywierają, albo, jeżeli wywierają, to po upływie dłuższego czasu, kiedy pierwsze wstrzyknięcie działać przestało. Macica zaś przeciwnie odpowiada w postaci skurczów na każde ponowne wprowadzenie wyciągu do ustroju zwierzęcego. Dodać należy, że dawki, stosowane przy porodzie, tak są obliczone, że działają tylko na mięśnie macicy, a na ciśnienie krwi, jako zbyt małe, żadnego wpływu nie wywierają.

7) Kol. Perlis pokazał: a) **Torbiel skórzastą** wielkości sporej pomarańczy, usuniętą w znieczuleniu miejscowem **z dna jamy ustnej** bez trudności u 73-letniej kobiety. Od roku torbiel nie mieściła się w jamie ustnej, sterczała na zewnątrz, pokrywając dolną wargę i podbródek. W leżącej pozycyi chora się dusi. Spożywać może tylko płyny, przechylając głowę na bok, mówi bardzo niewyraźnie. Przebieg i wynik bardzo pomyślny. Treść torbieli, wyłuszczonej w całości, składa się z miazgi rozpadowej i z włosów.— b) Resekowane jelito cienkie 8 cm. długości, wskutek zgorzeli w **uwięzłej przepuklinie udowej** u 50-letniej kobiety. Chora od 24 godzin, w domu forsowne próby odprowadzenia, wykonywane w przeciągu 4 godzin przez znachora. W worku przepuklinowym i w jamie brzusznej sporo krwistego płynu. Enteroanastomosis lateralis. Przebieg bardzo pomyślny; wyzdrowienie z prawidłową czynnością jelita.

W dyskusyi nad pokazami: a) Kol. Goldman przytacza również przypadek torbieli skórzastej dna jamy ustnej, usuniętej całkowicie w znieczuleniu miejscowem kilka dni temu. W przypadku tym stosowano uprzednio, lecz bez skutku, leczenie zachowawcze (nacięcie i sączkowanie), a raczej z tym skutkiem, że spowodowano trudność przy następnem wyłuszczeniu wskutek zrostów z otaczającemi tkankami zapalnego pochodzenia. Co do przypadku kol. Goldberga, kol. Goldman przestrzega przed niestosowaniem sączkowania po operacyi wola, jak to radzi kol. Goldberg. Ze względu na możliwość powikłań odstąpić od tej zasady można tylko w przypadkach wyłuszczania torbieli z gruczołu, co nie jest wycięciem wola. Zeszpecenie blizny po krótkotrwałem stosowaniu sączka jest prawie żadne. Ropienia sączki nie wywołują, o ile nie ma błędów aseptyki, a nieznaczna wydzielina, krótko trwająca po usunięciu sączka, jest jałowa. Koniecznym warunkiem stosowania sączka jest celowość jego ułożenia i odpowiednia forma. W przeciwnym razie sączek łatwo się zatyka i sprzyja powstawaniu krwotoków.

b) W dyskusyi nad przypadkiem kol. Cohna, kol. Brzozowski zaznaczył, że wyczuwa niedokształconą macicę.

Sonenberg.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. W pierwszem półroczu bieżącego roku wpłynęły następujące dary na rzecz funduszów Towarzystwa i na wsparcia wdów i sierot po lekarzach: Profesorowa Gilewska (urodzona Schuh) z Wiednia na fundusz swojego imienia 500 kor., Prof. Dr Grzegorz Ziembicki w dniu swego jubileuszu na rzecz wdów i sierot 1000 kor. Dalej złożyli: Dr Sękiewicz 30 kor., Dr Kittner z Borszczowa 20 kor. Zamiast wieńca dla kolegi Sokala, Oddział czortkowski 125 kor., Dr Borowiec z Jazłowca 10 kor., Kuchciarz Maciej z Jazłowca 5 kor. Dr Niedzielski, Partyka i Hodoly I. razem 10 kor., Dr Ferensiewicz ze Zbaraża 6 k. Wreszcie Dr Hirschler zamiast życzeń noworocznych 5 kor. Razem otrzymało Towarzystwo lekarzy galicyjskich w tem półroczu 1711 koron.

Sąd obwodowy w Sączu zawiadomił prezydyum Towarzystwa lek. gal., że Dr Leopold Gawełkiewicz ze Starego Sącza zapisał testamentem z dnia 21. listopada 1911 r. kwotę 10.000 koron na wsparcia wdów i sierot po członkach Towarzystwa. Z rokiem 1914 będą tedy pobierać wdowy i sieroty wsparcia także z »funduszu Dra Leopolda Gawełkiewicza«. Według kwitu depozytowego Banku krajowego, złożonych jest obecnie w tymże 369.700 koron w papierach wartościowych, która to kwota stanowi fundusze na pensye i wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach.

Kraków. Akcya przeciwgruźlicza w Galicyi zyskała w ostatnich latach podporę przez krzewienie się instytucyi kolonii wakacyjnych nietylko dla młodzieży, ale i dla dorosłych. Krakowskie kolonie dla robotnic wysłały w tym roku 90 dziewcząt w okolice Wadowic. — Wśród kolonii dla młodzieży szkolnej powstał w r. b. poraz pierwszy nowy typ, kolonii harcerskiej (skautowej); jedną z nich urządzili skauci lwowscy, drugą »Sokół« sanocki, trzecia, w Skolem, była zarazem kursem skautingu.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Sława Sypniewska rodem z Waljewa w Serbii.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. VII. do 2. VIII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 1 † —), krztuśca 7 † 1, ospy wietrznej —, płonicy 2 † 1 (1 † —), odry 13 † 1 (2 † —), duru brzusznego 4 † 2 (3 † —), czerwonki 3.

Dr Janiszewski.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lek.« (Nr 31) ogłasza następującą odezwę:

»Do kolegów wszystkich krajów, interesujących się literaturą lekarską! Częste narzekania na trudności i niewygody, wynikające z dotychczas praktykowanej i na przestarzałych sposobach opartej wymianie odbitek, na które narażeni bywają lekarze, naukowo pracujący, skłoniły nas do zorganizowania w d. 1. stycznia 1913 »Związku lekarskiego wymiany odbitek«. W przekonaniu, że tylko centralizacya będzie w stanie sprawę wymiany odbitek dla lekarzy wszystkich krajów skutecznie rozwiązać, a zarazem zapobiedz możliwym nadużyciom, powołaliśmy do życia »Centralę odbitek« w Berlinie, która swe urządzenia wymiany odbitek dla celów naukowych pragnie oddać na usługi wszystkich kolegów. Dążymy głównie do tego, aby lekarzy praktyków, klinicystów i badaczy, biorących udział w pracach, mających na celu postępy medycyny, uwolnić od trudności, które, chociaż w poszczególnych przypadkach ujawniają się tylko w drobnych niedogodnościach, w sumie jednak zabierają dużo czasu i zmniejszają przez to wydajność i chęć do pracy naukowej. Cele nasze zdołamy jednak tylko wtedy całkowicie osiągnąć, gdy najszersze koła lekarzy wezmą udział w naszych usiłowaniach. Wzywamy przeto wszystkich kolegów, interesujących się literaturą fachową, do licznego zapisywania się w poczet członków »Związku lekarskiego wymiany odbitek«.«

Pod odezwą podpisany jest jako kierownik »Centrali odbitek« dym. st. lekarz sztabowy Hermann Berger (Berlin, Friedenau, Krausstr. 12) oraz kilkunastu członków nowej instytucyi, wśród nich Dr Guranowski z Warszawy.

Dr Guranowski objął kierownictwo filii centrali berlińskiej dla wymiany odbitek z literatury polskiej. Do »Związku wymiany odbitek« zapisało się dotąd 23 lekarzy z Warszawy, pracujących piśmienniczo.

Wkładka roczna wynosi 10 marek. Za każdą wysłaną lub otrzymaną odbitkę płaci się prócz kosztów pocztowych 10 fenigów. Sprowadzając odbitki, trzeba prócz tytułu publikacyi podawać adres autora, tożsamo trzeba podawać adresy przy rozsyłaniu odbitek swoich prac. Nasuwa się pytanie, czy w tych warunkach będzie wymiana odbitek istotnie łatwiejszą od dotychczasowej.

Wilno. »Lekarz wileński« (Nr 7) donosi, że w Wilnie zaczął wychodzić dwumiesięcznik lekarski w języku litewskim pt. »Medicina ir Gamto« pod redakcyą Dr Matułajtisa. Pierwszy zeszyt zawiera artykuły oryginalne Dr Awiżonisa, Łowmiańskiego i Domaszewicza.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 21. VII. do 28. VII. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 8 † 2, duru wysypkowego — † —, róży —, czerwonki 2.

Dr Treukner.

Z różnych stron. Sensacyą w swoim rodzaju jest proces popisowych izraelitów w Przemyślu. W ostatnich latach zauważyła wojskowość, iż przy poborze wojskowym z okręgu dobromilskiego liczni popisowi żydowscy mają uderzająco podobne wady, a mianowicie skrzywienie kręgosłupa, skośne ustawienie miednicy i rzekome skrócenie kończyny. Dodać tu trzeba, że popisowi po uwolnieniu wracali szybko do stanu prawidłowego.

K.

Zmarli: fizyolog prof. Gotch z Oxfordu w Kensington, laryngolog doc. Egidi w Rzymie, anatom doc. Lobello w Neapolu, farmakolog prof. Bourget w Lozannie.

Dr Józef Gostyński, dyrektor szpitala im. Bilińskich, b. radny miasta Lwowa, w 62 r. ż.

Redakcya otrzymała: Kaczyński: Über den Nachweis von Typhusbazillen im Wasser. (Odb. Zeitschr. f. Hyg. 1913). — Pawiński: O wpływie nadużycia w paleniu tytoniu na naczynia i serce. (Gaz. lek. 1913). — Bańkowski, Levaditi i Marie: 1) Présence du Tréponema pallidum dans le cerveau des paralytiques généraux. 2) Présence constante du Tréponema dans le cerveau des paralytiques généraux morts en ictus. (Soc. de biologie 1913).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. R. IV. Zesz. VII. (Monachium 1913, J. F. Lehmann). Cena zeszytu VIII. 3 Mk. 50 f., całego rocznika 16 Mk.

Sierpniowy zeszyt »kursów«, przeznaczony według programu na terapię ogólną, ma w tym roku treść bardzo urozmaiconą. Zawiera on dziesięć rozpraw, a mianowicie: 1) Prof. Heubner: Zasadnicze pojęcia farmakoterapii. 2) Prof. Glax: Woda morska i działanie jej przy stosowaniu zewnętrznem i wewnętrznem. 3) Prof. Strasser: Starość, a wodoleczenie. 4) Prof. Strauss: W sprawie leczenia ciężkich postaci cukrzycy. 5) Prof. Frankenhäuser: Minima barometryczne i cyklonoza. 7) Tenże: Leczenie prądem o wielkiej zmienności. Gimnastyka elektryczna. 7) Doc. Holzknecht: Rentgenologia. 8) Doc. Plesch: Bioradiologia. 9) Prof. Salzwedel: Pielęgnowanie chorych. 10) Berger: Uzupełniający przegląd roczny.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LII. Kraków, dnia 16 sierpnia 1913. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Wszechnicy Kazańskiej.
(Dyrektor Prof. Dr Witold Orłowski).

W sprawie patogenezy rzucawki opłucnej przy wytwarzaniu sztucznej odmy piersiowej.

Podali

Prof. Dr **Witold Orłowski** i asyst. klin. Doc. Dr **L. Fofanow.**

W szeregu powikłań, wydarzających się podczas leczenia gruźlicy płuc metodą ucisku zajętego sprawą chorobową płuca, jedno z ważniejszych miejsc zajmuje zbiór objawów, opisany przez Forlaniniego (1) pod nazwą rzucawki lub padaczki opłucnej (pleurale Eclampsie v. Epilepsie). W klasycznej postaci przejawia się on nagłem powstaniem podczas wytwarzania sztucznej odmy, gdy igła znajduje się jeszcze w klatce piersiowej, lub natychmiast po jej wydobyciu, rzadziej po upływie 15—20 minut — napadu zupełnej utraty przytomności, której towarzyszą drgawki toniczne i kloniczne, rzadziej bezwłady i niedowłady mięśni, silny zapad czynności serca i zaburzenia oddechu aż do jego zatrzymania się. Przytomność powraca albo dość szybko, już po upływie kilku minut, albo stopniowo w szeregu godzin, albo wreszcie — co spostrzega się wyłącznie w rzadkich przypadkach — dopiero po upływie prawie doby. Drgawki mięśni występują zwykle jednocześnie z utratą przytomności i wcześniej lub później dochodzą do najwyższego stopnia, obejmując mniejszą lub większą liczbę grup mięśni głowy (w tej liczbie gałki ocznej), szyi, tułowia i kończyn obydwu połów ciała lub, co bywa o wiele częściej, jednej połowy. Z powrotem przytomności drgawki znikają zwykle bez śladu. W rzadkich przypadkach podczas napadu powstaje porażenie połowicze lub monoplegia, które znikają powoli i niezawsze zupełnie. Czasami podczas napadu zdarzają się wymioty. Tętno podczas napadu początkowo zwalnia się, następnie zaś staje się coraz nieprawidłowsze, częstsze, mniej napięte i mniejsze i może dochodzić do stopnia tętna nitkowatego lub nawet nie dającego się wyczuć. Powłoki zewnętrzne i błony śluzowe są w czasie napadu bardzo blade z odcieniem sinicy; na skórze tułowia w górnej jego części i zwłaszcza twarzy i szyi dają się często zauważyć plamki sinicze. Oddech staje się coraz bardziej powierzchownym, rzadszym i nieprawidłowym, czasami przybiera typ Cheyne-Stokesa, wreszcie zatrzymuje się. Pomimo ciężkiego obrazu klinicznego, zejście śmiertelne wydarza się rzadko. Tak Hansen (14) wyszukał w piśmiennictwie do maja 1912 r. 31 przypadków ciężkiej rzucawki opłucnej, z których zaledwie 8 zakończyło się zejściem śmiertelnem, Sundberg (15) do tego dodał w ostatnim czasie jeszcze 3 przypadki, zakończone śmiercią.

Oprócz tych klasycznych, lub, jak je nazywa Forlanini, »zupełnych« (vollständig) napadów rzucawki opłucnej, zdarzają się, według Forlaniniego, napady, które on nazywa postaciami niezupełnemi, niecałkowitemi (unvollständig) lub nienormalnemi (anormale, abnorme Form), wreszcie postacie poronne (abortive Form). Forlanini nie przeprowadza dokładnego różniczkowania między temi poronnemi a niecałkowitemi postaciami i ogranicza się do zaznaczenia, że tu należą takie objawy, jak zawroty głowy, zblednięcie twarzy, nudności lub wymioty, przyspieszenie lub nieprawidłowość tętna, uczucie ciężaru w którejkolwiek kończynie, czasami przyćmienie przytomności, marmurkowanie skóry i t. d.

Typowe napady rzucawki opłucnej są, zdaniem Forlaniniego, rzadkie. I tak, na 134 przypadków sztucznej odmy opłucnej z przeszło 10.000 wdmuchiwań azotu spostrzegał Forlanini zaledwo 12 przypadków rzucawki. O wiele częściej spostrzegali ją inni. Tak np. Saugman (2) podkreśla, że często przy wytwarzaniu odmy spostrzegał zawroty głowy, migotanie przed oczyma, mgłę, uczucie niepokoju, szybko przemijające niedowłady ręki, drgawki kloniczne i t. d.

Forlanini i jego uczniowie dopatrują się przyczyny rzucawki opłucnej w odruchu na serce i mózg, pochodzącym z opłucnej, Brauer (3) zaś tłómaczy ją zatorem gazowym. Ponieważ patogeneza rzucawki opłucnej jest dotychczas nierozstrzygnięta, postawiliśmy sobie za zadanie w niniejszej pracy na podstawie jednego z naszych spostrzeżeń podać własne co do tej sprawy uwagi. Naprzód jednak niech nam wolno będzie zaznaczyć, że sama nazwa omawianego obrazu klinicznego: »rzucawka opłucna«, zupełnie nie odpowiada temu pojęciu o rzucawce, które jest dziś panującem w patologii. Co prawda, rzucawka pod względem przebiegu klinicznego przejawia się najczęściej, na wzór rzucawki opłucnej, napadami drgawek tonicznych i klonicznych z utratą przytomności. Lecz pomijając to, że rzucawka może przebiegać i bez drgawek (Schmorl (4), Meyer-Wirz (16), Reinecke (17), Liepmann (18), Esch (19), Seitz (5)

i inni), cechuje ją znamienny obraz anatomo-patologiczny, na który składają się zwyrodnienia, przeważnie w nerkach, następnie w sercu i wątrobie, oraz zmiany martwicze w wątrobie, sprawy zakrzepowe jej naczyń i wylewy krwi i rozmięknienia w mózgu (Jurgens [6]), Lubarsch [7]), Schmorl, Konstantinowicz [8]) i inni). Wreszcie, jakkolwiek patogeneza rzucawki nie jest jeszcze wyświetloną, w każdym razie z pojęciem o niej, jeśli nie liczyć drgawek dziecięcych (eclampsia infantum), jest ściśle związane wyobrażenie o sprawach, najprawdopodobniej o cechach samozatrucia (według Weichardta [9]), zatrucie syncytyotoksynami), zachodzących w ustroju kobiety w czasie ciąży lub w pierwszych dniach okresu połogowego,a doprowadzających do wyżej zaznaczonych zmian w narządach wewnętrznych. Z tego punktu widzenia, rzecz prosta, nazwa »rzucawka opłucna« przedstawia się jako nieodpowiednia.

Przechodzimy teraz do naszego spostrzeżenia:

Chora, A. M., 26 lat, urodzona w gub. Wołogodskiej, niezamężna, tkaczka, wstąpiła do kliniki (N. hist. chor. 137) w d. 17 listopada 1912 ze skargami na bóle w lewej połowie klatki piersiowej w okolicy 2. i 3. międzyżebrza, kaszel z plwociną, która źle odchodzi, ogólne osłabienie, zwłaszcza w ostatnich 2 miesiącach i ogólne wyniszczenie. Zapadać na zdrowiu zaczęła chora już od $1^1/_2$ roku; w maju 1911 zjawiły się bóle w lewym boku, które trwały 3 miesiące; wkrótce dołączyły się nader obfite nocne poty, brak łaknienia, ogólne zaś osłabienie, kaszel i bóle tak się wzmogły, że chora była zmuszona szukać ratunku w klinice. W dzieciństwie chora przechodziła ospę, czasami miała bóle w stawach rąk i nóg, przed $1^1/_2$ roku chorowała podobno na zimnicę. Rodziła 3 razy; oprócz tego raz poroniła. Przed 5 laty w czasie ciąży miała obrzęki nóg, a po połogu obrzęki twarzy i nóg. Nie miesiączkuje już 2 lata, ostatnich $1^1/_2$ roku ma upławy. Rodziców nie pamięta, rodzeństwo zdrowe.

Wzrost średni, waga 51,5 klg, powłoki zewnętrzne blade, na szyi blizny po ospie. Błony śluzowe blade, odżywienie podupadłe, układ mięśniowy słabo rozwinięty, kostny nie przedstawia zmian. Klatka piersiowa płaska; lewa jej połowa przy głębokim oddechu rozszerza się słabiej, niż prawa, okolice nadobojczykowe i podobojczykowe po obu stronach silnie zapadnięte. Obwód klatki piersiowej na szczycie wdechu 90, wydechu $86^1/_2$ ctm; prawej połowy na szczycie wdechu $46^1/_2$, wydechu 44, lewej na szczycie wdechu $43^1/_2$, wydechu $42^1/_2$. Pojemność płuc (przyrząd Hutchinsona) 1600 cm^3. Drżenie piersiowe po stronie lewej wzmożone, pod lewą łopatką zniesione. Wynik opukiwania: Po stronie lewej z góry na całej przestrzeni aż do III. żebra odgłos przytłumiono-bębenkowy, w okolicy II. lewego międzyżebrza na przedniej powierzchni klatki piersiowej odgłos garnka pękniętego oraz opukowy objaw Wintrichowski; z tyłu po stronie lewej przytłumienie, które o 2 palce ponad dolnym kątem łopatki przechodzi w stłumienie zupełne, w lewej okolicy pachowej na całej przestrzeni zupełne stłumienie; półksiężycowa ta przestrzeń Traubego zachowana. Próbne nakłucie w VII i VIII międzyżebrzu po str. lewej w tylnej linii pachowej wysięku nie wykrywa. Po stronie prawej w okolicy nadobojczykowej odgłos przytłumiony w porównaniu do odgłosu w zewnętrznej trzeciej II. prawego międzyżebrza, nad łopatką również słabe przytłumienie. Przesuwalność dolnej granicy prawego płuca bardzo nieznaczna, lewego zniesiona. Osłuchiwanie: W lewym górnym płacie szmer oddechowy amforyczny, obfite, dźwięczne i metaliczne rzężenia drobnobańkowe, zwłaszcza w II. międzyżebrzu; w lewej okolicy pachowej i pod lewą łopatką ledwie słyszalny szmer oddechowy, nad łopatką oskrzelowy i drobnobańkowe rzężenia. Po stronie prawej w okolicy nadobojczykowej szorstki wdech z przedłużonym szorstkim wydechem i nader skąpemi drobnobańkowemi rzężeniami, w innych miejscach oddech szorstki.

Uderzenie koniuszka serca w V. międzyżebrzu na prawo od l. sutkowej; prawa granica bezwzględnego stłumienia serca nieco na prawo od lewej linii mostkowej, górna i lewa zlewają się ze stłumieniem okolicy płuca; nad tętnicą płucną drugi ton nieco wzmocniony, w innych miejscach tony głuche, u koniuszka skurczowy szmer z niedokrwistości. Tętno 90, słabo napięte, miarowe. W opuszce żyły szyjnej buczenie (murmur monachorum) nadzwyczaj wyraźne. W innych narządach zmian niema. Mocz, otrzymany cewnikiem, prawidłowy. Plwocina skąpa, śluzowo-ropna, zawiera obfitą ilość włókien sprężystych i prątków Kocha. Badanie krwi: krwinki czerwone słabo zabarwione, układają się w rulony dość dobrze, wielobarwliwości i różnorodności kształtów nie przedstawiają; Hb (Fleisch-Miescher) 38%, krwinek czerwonych w 1 mlm^3 3.687.496, białych 7808; wielojądrzastych 70,5%, przejściowych 5%, limfocytów 22%, eozynochłonnych 2,5%. We krwi badanie co do prątków gruźliczych daje wyniki dodatnie.

Z przebiegu dalszego należy zaznaczyć: obfite nużące poty nocne, nieprawidłowego typu gorączkę, która sięgała nieraz wysokich stopni (przeszło 39·5°), nieustanny kaszel z plwociną, brak łaknienia, od czasu do czasu rozwolnienia, upadek wagi, która w dniu 9 grudnia doszła do 47·9 klgr.

(C. d. n.).

Oceny i sprawozdania.

Geza von Hoffmann: **Higiena rasy w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej**. (Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika). Monachium 1913. (J. F. Lehmann's Verlag). Stron 237. Cena 4 mk., w oprawie 6 mk.

Gdy w sądach karnych w Chicago postanowiono w r. 1912 utworzyć osobne biuro dla naukowego badania zbrodniarzy ze stanowiska higieny rasy, wówczas oświadczył prezydent sądu, że jego zdaniem na czele walki ze zbrodniczością powinni stać lekarze, jako ci, którzy są powołani do przodowania wogóle w ruchu, mającym na celu udoskonalenie rasy ludzkiej. Niewątpliwie też każde dzieło z zakresu higieny rasy powinno zainteresować przedewszystkiem lekarzy. Dzieło Hoffmanna, oprócz tego względu ogólnego, zasługuje na uwagę jeszcze z innych powodów. Napisał je mianowicie nie lekarz; autor jest wicekonsulem austryackim w Chicago i przez to samo nie może być posądzany o skrajny jakiś prozelityzm dla rzekomo fantastycznych teoryi, o co i dziś jeszcze podejrzewa się nieraz lekarzy, piszących o higienie rasy. Dla lekarzy polskich ciekawa jest książka Hoffmanna także i dlatego, bo porusza sprawę emigracyi amerykańskiej, zabierającej nam kilkadziesiąt tysięcy ludzi rocznie, a mającej ze stanowiska higieny rasy dla nas ogromną, niestety dotąd niedocenianą i publicznie wcale nie poruszaną doniosłość. W końcu, co może najważniejsza, pisząc o higienie rasy w Stanach Zjednoczonych, daje Hoffmann, może pierwszy z piszących w tym przedmiocie, zbiór konkretnych faktów; Stany Zjednoczone są bowiem jedynym dotąd krajem, gdzie na większe rozmiary istnieje ustawodawstwo, mające na celu higienę rasy i gdzie wzięto się praktycznie do pierwszych prób poprawy rasy.

Najosobliwszą bodaj w tem rzeczą jest to, że owe próby rozpoczęto na zasadzie właściwego Amerykanom trzeźwego rozumowania, bez cienia jakiegokolwiek teoretycznego radykalizmu. Poprostu obliczyli praktyczni Jankesi, ile milionów kosztuje obecnie utrzymanie w zakładach rozmaitych osób zwyrodniałych, obłąkanych, idyotów, ile kosztują sądy i zakłady karne z powodu zwyrodniałych

zbrodniarzy; wszystkie te koszta, spowodowane przez bezwartościowy lub wprost szkodliwy dla społeczeństwa materyał ludzki, płacić musi zań zdrowa, nie zwyrodniała społeczność. Wobec zaś znanego powszechnie już faktu, że płodność zwyrodniałych jest większa od płodności ogółu, można przewidywać coraz szybszy wzrost tych kosztów i w końcu takie ich rozmiary, że społeczeństwo nie zdoła ich udźwignąć, jeżeli się wcześnie nie podejmie środków poprawy rasy, przez zmniejszenie szumowin i odpadków społecznych. I praktyczni Amerykanie odrazu zaczęli próbować środków zaradczych.

Barbarzyńska starożytność w podobnych położeniach pozbywała się nieszczęśliwych zwyrodniałych albo przez ohydny mord, albo przez wygnanie. Współczesne państwa i ludy muszą szukać innych środków. Mają być nimi: zmniejszenie przyrostu zwyrodniałych, i to albo przez zakaz małżeństw między i ze zwyrodniałymi, albo przez odjęcie im zdolności płodzenia, — oraz takie ograniczenia immigracyi, któreby zahamowały przypływ elementu, ze stanowiska higieny rasy mniej wartościowego. Obu tych środków Ameryka już próbuje: pierwszego na niewielką jeszcze, drugiego na bardzo szeroką skalę.

Pisząc nietylko dla lekarzy, przypuszczalnie znających zasady higieny rasy, ale dla szerszego ogółu, ze sprawą tą nie obeznanego, podaje Hoffmann na początku krótki jej zarys. Wywodzi przeto, że udoskonalanie dowolne rasy jest rzeczą w świecie zwierzęcym i roślinnym dawno znaną; przytacza podstawy, na których ono się opiera, przechodząc krótko dobór, odmiany (variatio i mutatio), zagadnienie dziedziczności i zastosowanie tych podstaw w higienie ras ludzkich. W rozdziale drugim przedstawia Hoffmann obfite dane, ilustrujące szybkie krzewienie się idei higieny rasy w Ameryce północnej, opisuje ruch umysłowy w tym kierunku się rozwijający, wylicza urządzane w tym celu kursa, wykłady popularne, towarzystwa. Dalej przedstawia dokładnie na zasadzie danych urzędowych stanowisko władz amerykańskich w tej sprawie, szczegółowiej omawiając ustrój i zakres działania pierwszego i jedynego do tąd w swoim rodzaju na kuli ziemskiej, publicznego »Urzędu higieny rasy«, utworzonego w r. 1911 przez Stan Nowojorski, oraz innych instytucyi publicznych, stworzonych z punktu widzenia higieny rasy. Dawniej i na szerszą od publicznych skalę pracują w Ameryce w tymże kierunku różne instytucye prywatne, z których największa, »Eugenics Record Office«, rozporządzać będzie wkrótce pół milionem dolarów na swe badania naukowe.

Rozdział trzeci poświęcony jest sprawie uregulowania małżeństw ze stanowiska higieny rasy i rozpatrzeniu stanu amerykańskiego ustawodawstwa w tym kierunku. Autor przytacza naprzód i zbija zarzuty, stawiane pomysłowi ustawowego ograniczenia małżeństw osób zwyrodniałych. Następnie zestawia prawa, wydane co do tego przez różne Stany. Okazuje się, że na 48 Stanów Ameryki północnej w 30 istnieją ustawy, zabraniające małżeństwa dotkniętym chorobą umysłową, w 17 ustawy, zakazujące małżeństwa idyotom, w 9 — dotkniętym padaczką, w 3 — chorym na choroby weneryczne, w 4 — osobom utrzymywanym kosztem funduszów dobroczynnych, w 2 — opilcom, w 1 nałogowym przestępcom, w 1 — suchotnikom. Coprawda, od istnienia tych ustaw do ich wykonania nieraz bardzo daleko, bo wprowadzenie ustaw w życie, praktyczne ich zastosowanie, zależy w Ameryce od uznania sądów. Hoffmann zdołał stwierdzić, że w kilku przypadkach sądy istotnie ustawy te zastosowały. Natomiast ustawy, zakazujące małżeństw mieszanych z rasą czarną, istniejące we wszystkich Stanach, a mające wielką doniosłość ze stanowiska higieny rasy, są nader ściśle przestrzegane

Następny, czwarty rozdział, zajmuje się sprawą pozbawiania zdolności płodzenia. I tu znów autor rozpatruje naprzód i usiłuje odeprzeć zarzuty, podnoszone przeciw temu środkowi, budzącemu — jak słusznie autor podnosi — wrażenie okrucieństwa i wstrętu. Okazuje się, że stosowanie tego środka u zwyrodniałych jest w Ameryce jeszcze mało rozpowszechnione i że używano go tylko za zgodą lub nawet wprost na życzenie operowanych. Dotychczas ustawy, dozwalające na ten sposób postępowania, isnieją tylko w 3 Stanach; operacye, których rodzaje i sposób wykonania przytacza autor według źródeł fachowo lekarskich, wykonano u kilkuset zwyrodniałych; liczba to, nie pozwalająca jeszcze nic wnosić o wartości tego środka ze stanowiska higieny rasy. Nadmienić należy, że stosowaną operacyą nie jest wytrzebienie (usunięcie gruczołów płciowych, castratio), ale tylko wyjałowienie (vasectomia, resekcya jajowodów).

W ostatnim wreszcie rozdziale podaje autor dokładne wiadomości o doborze, wykonywanym wśród immigrantów, zapomocą ustaw, coraz ostrzejszych i coraz surowiej przestrzeganych dla uchronienia Ameryki od pogorszenia rasy przez napływ lichego materyału ludzkiego. Ustawy te wzbraniają immigracyi nietylko wszystkim umysłowo chorym lub niedołężnym, epileptykom i t. p., ale też wogóle osobom chorym, przestępcom, prostytutkom, żebrakom, niedołężnym fizycznie, ludziom liczącym ponad 60 lat życia i t. p. Wśród $13^1/_2$ miliona przybyszów, zdążających do Ameryki w ostatniem dziesięcioleciu, wzbroniono na zasadzie tych ustaw wstępu na ziemię amerykańską 865.000 osobom, to jest 6%, a w ostatnich pięciu latach nawet 9%. I niedość, że Ameryka zabiera już i tak energiczniejsze, tęższe fizycznie i umysłowo żywioły z Europy; wśród nich jeszcze przesiewając, zwraca od swych progów to, co najgorsze, a w ten sposób, polepszając rasę u siebie, tem więcej ją obniża tam, skąd importuje ludzi. Jaki to ma i mieć będzie skutek specyalnie dla ludności ziem naszych, skąd setki tysięcy ciągnie do Ameryki, ale dziesiątki tysięcy najsłabszych i najgorszych, niedopuszczone do ziemi obiecanej, wraca zachwaszczać i tak już wyjałowioną glebę, nie trudno się domyśleć.

Niepoślednią wartość dziełka Hoffmana stanowi bardzo bogaty, na autentycznych wiadomościach oparty zasób cyfr i faktów i starannie zebrane piśmiennictwo, dotyczące omawianego przedmiotu, obejmujące 927 tytułów publikacyi, głównie amerykańskich. C.

Fred. Ludw. Gerngross. **Wyjałowienie i wytrzebienie jako środki pomocnicze w walce ze zbrodniczością.** (Sterilisation und Kastration als Hilfsmittel im Kampfe gegen das Verbrechen). Monachium 1913 (J. F. Lehmann's Verlag). Stron 42. Cena 1.20 mk.

Broszurka Gerngrossa jest jakby uzupełnieniem książki Hoffmanna, a w szczególności czwartego jej rozdziału. Przedstawiwszy w krótkim zarysie historycznym próby, podejmowane w starożytności celem zapobieżenia pogorszeniu rasy (wygnanie, zakaz małżeństw), a następnie ustawy amerykańskie o pozbawieniu zwyrodniałych zdolności płodzenia, roztrząsa autor ze stanowiska prawoznawstwa dopuszczalność tego środka »de lege lata« i »de lege ferenda«, mając na oku ustawodawstwo niemieckie. W konkluzyi, uznając możebność podobnych ustaw, dochodzi autor do wniosku, że o wykonaniu zabiegu powinny roztrzygać sądy sposobem, ukształtowanym na wzór procesu cywilnego, na zasadzie orzeczenia specyalnych komisyi, utworzonych przy zakładach karnych i zakładach psychiatrycznych, a złożonych z kierownika zakładu, z jednego psychiatry i jednego chirurga (resp. ginekologa).

W naszem piśmiennictwie, jak mi się zdaje, nikt dotąd nie zabierał głosu w sprawie eugeniki. Dopiero w ostatnich tygodniach ukazał się w druku artykuł Fr. Neugebauera z Warszawy: »Eugenika i położnictwo« (Medycyna i Kronika lek. 1913 Nr 31 i 32), bardzo godzien uwagi. C.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 7. V. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr Hładij przedstawia chorych i preparaty anatomiczne z kliniki chirurgicznej prof. Dr Br. Kadera.



Ryc. 1. Przed leczeniem operacyjnem.



Ryc. 2. Po 83. dniach leczenia z przetoką zupełnie zagojoną.

a) Chory Stanisław B., l. 4, operowany 4. II. b. r. przez prof. Kadera z powodu **torbieli trzustkowej**. O przypadku tym zdawali sprawę prof. Dr Kader wraz z prof. Dr Lewkowiczem bezpośrednio po zabiegu operacyjnym na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego z dnia 19. II. b. r. Dziś po 83 dniach pobytu chorego w klinice przetoka zagoiła się zupełnie — brzuch z pierwotnej objętości $87\frac{1}{2}$ cm obwodu przez pępek zmalał do 54 cm, stan ogólny chorego poprawił się. Chory opuszcza klinikę zupełnie wyleczony. (Ryc. 1 i 2).

b) Preparat **wyrostka robaczkowego** chorego, l. 20. Chory przysłany o godz. 3 popołudniu przez Dr Poźniaka z rozpoznaniem zapalenia wyrostka podaje: Gwałtowne bóle w całym brzuchu bez szczególnej lokalizacyi trwają od południa dnia dzisiejszego, tak, że chory zmuszony był przerwać pracę w warsztacie; poprzednio miał na nie nigdy nie chorować. Badanie wykazuje: Ciepłota 38·4° pod pachą, w odbytnicy 39·6°, tętno 120, język lekko obłożony, suchawy. Narządy klatki piersiowej bez zmian. Jama brzuszna: ogólna bębnica, stłumienie wątroby zniesione, w liniach pachowych przednich stłumienia, odpowiadające wolnemu płynowi w jamie brzusznej. Badanie przez palpacyę wykazuje objaw Blumberga dodatni na całej jamie brzusznej, nieco większy nad talerzem biodrowym prawym. Objawy Rosinga, Kadera (przy kaszlu) dodatnie, obrona mięśniowa na całej jamie brzusznej, większa nad okolicą kiszki ślepej, przy badaniu przez odbytnicę bolesność po stronie prawej. Wobec potwierdzenia rozpoznania przystąpiłem do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu rdzeniowem (tropakokainy wstrzyknięto 0·09 między dwunastym kręgiem piersiowym a pierwszym lędźwiowym; chorego ułożono sposobem Kadera). Jamę brzuszną otwarto z cięcia myoplastycznego Jalaguiera. Po otwarciu otrzewnej wylewa się płyn o żółtawem zabarwieniu, mętny, otrzewna jelitowa i ścienna nastrzykana. Jelito ślepe przykryte siecią silnie przekrwioną i grubymi złogami włóknika. Przy próbie odsunięcia sieci ku linii środkowej okazuje się, co następuje: Koniec skłębionej sieci przyklejony jest do jakiegoś tworu podłużnego, grubości palca, leżącego ku wewnątrz i ku miednicy małej; przy bliższem badaniu okazało się, że jest to wyrostek robaczkowy. Wobec daleko posuniętych zmian na otrzewnej postanowiłem bez odklejania sieci od wyrostka usunąć ją wraz z wyrostkiem. Po założeniu czterech podwiązek na sieć i trzech podwiązek na krótką krezkę wyrostka, po przecięciu sieci i krezki, udało się wyrostek oswobodzić. Typowa appendektomia, szwy katgutowe na jelito. Jamę brzuszną zaszyto na głucho, rekonstruując warstwy powłok brzusznych szwami katgutowymi, skórę cienkim jedwabiem.

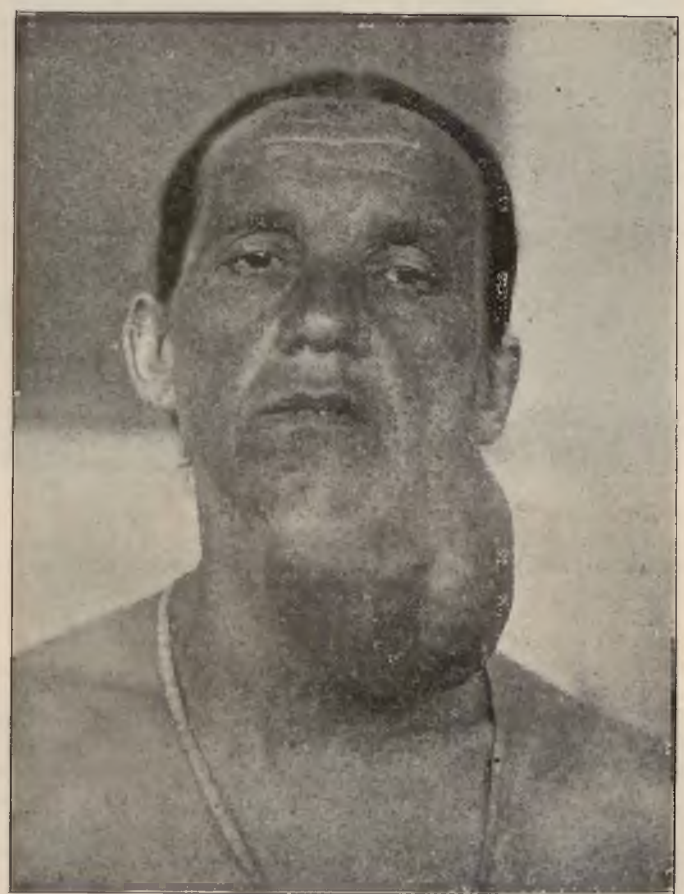
Badanie samego preparatu wykazało, co następuje; Wyrostek robaczkowy przekrwiony, długości 10 cm, średnicy 1 cm, przykryty siecią, która w połowie wyrostka ściśle do niego jest przyklejona. W wyrostku samym duży

kamień kałowy, w miejscu zaś przyklejonej sieci przedziurawienie zgorzelinowo zmienionej ściany. Badanie bakteryologiczne wolnego płynu wykazało zupełną jego jałowość.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Ciepłota w ciągu czterech dni spadła do poziomu prawidłowego. Rana zagojona doraźnie. Chory 16. dnia po zabiegu opuścił klinikę.

Przypadek ten wykazuje dosadnie niestosunek objawów klinicznych do zmian anatomo-patologicznych i usprawiedliwia żądanie wczesnego operowania zapaleń wyrostka robaczkowego.

c) Chora Bronisława B., l. 44, operowana z powodu guza na szyi w okolicy podszczękowej lewej. Guz sięgał od wyrostka sutkowego strony lewej i przechodził do połowy żuchwy strony prawej, ku dołowi sięgał na dwa palce od obojczyka, ku górze zaś zachodził na policzek. Guz

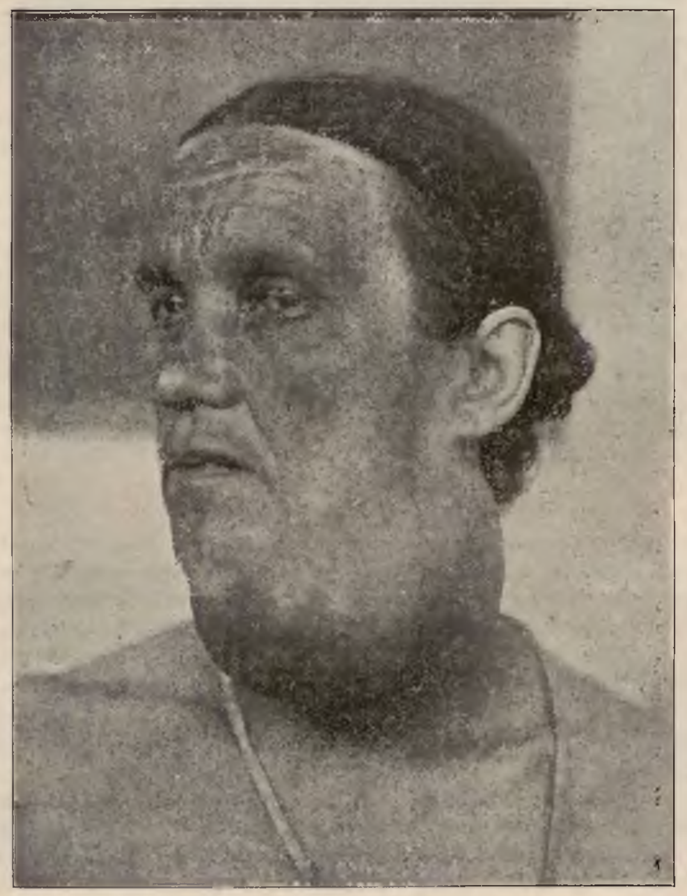


Ryc. 3. Przed zabiegiem.

nieruchomy, o szerokiej podstawie, jest nawrotem nowotworu, operowanego przed dwoma laty poza kliniką. Niespełna w sześć tygodni po pierwszym zabiegu guz zaczął się znowu odtwarzać i dorósł do wyżej opisanych rozmiarów. (Ryc. 3. i 4).

W uśpieniu eterowem, po podaniu chorej w przeddzień zabiegu operacyjnego wieczorem 1 gr. weronalu, drugiego gram na cztery godziny przed zabiegiem, na $^1/_2$ godziny zaś 0·02 morfiny, wyłuszczyłem guz w tkance zdrowej, wraz z nielicznymi gruczołami w sąsiedztwie dużych naczyń. Punktem wyjścia guza okazała się ślinianka. Wyłuszczenie udało się bez podwiązania głównych pni naczyniowych, podwiązano tylko tuż przy tętnicy szyjnej zewnętrznej cztery grubsze gałązki tętnicze, wchodzące w guz. Torebka guza pozostawała w łączności z okostną ramienia poziomego żuchwy, którą następowo zdłutowano. Mimo dużego ubytku, powstałego przez usunięcie skóry wraz z guzem, udało się po podpreparowaniu brzegów skóry ranę zamknąć pojedynczymi szwami jedwabnymi. Badanie drobnowidowe guza wykazało utkanie **mięsaka** o budowie drobno-okrągło-komórkowej. Ciężar wyłuszczonego guza wynosił 595 gr. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Chora z raną zagojoną doraźnie opuszcza klinikę. (Ryc. 5).

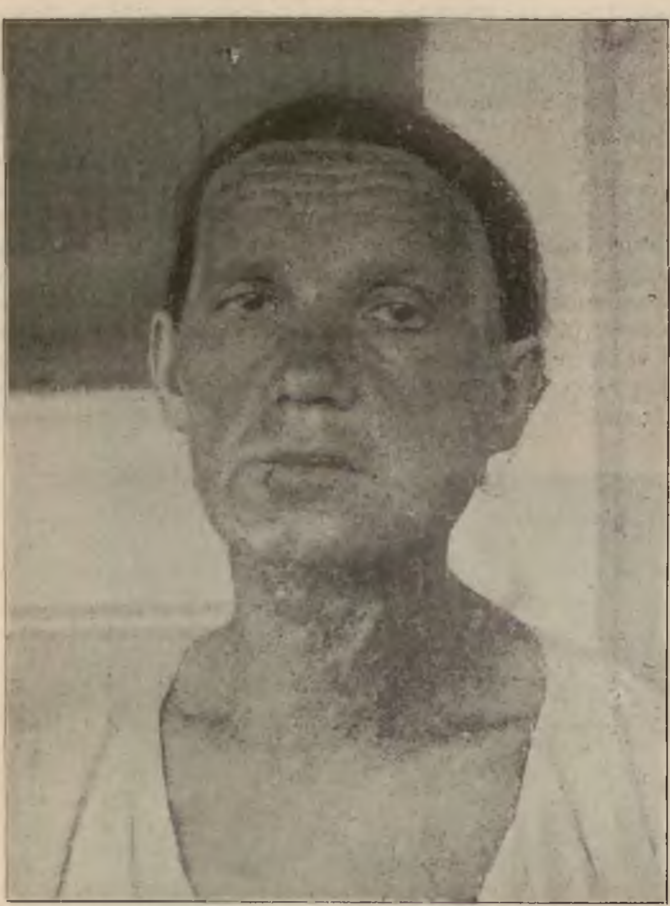
d) Chory I. N., l. 22, murarz, cierpiący od 2 lat na **nawykowe zwichnięcie łąkotki wewnętrznej stawu kolanowego,** które mimo energicznego leczenia zachowawczego stale się odnawiało i uniemożliwiało pracę zawodową, operowany sposobem Katzensteina. Staw otworzono z cięcia Kocherowskiego po stronie wewnętrznej, oderwaną od podstawy łąkotkę wewnętrzną, zagiętą ku górze, po odświeżeniu powierzchni przyszyto do podstawy 3 szwami jedwabnymi Nr 10. Staw zaszyto na głucho, rana zagojona doraźnie. Opatrunek ustalający gipsowy na 6 tygodni; odtąd leczenie miesieniem i gimnastyką. W 8 tygodni od zabiegu operacyjnego chory odzyskał pełną, bezbolesną ruchomość w stawie i oddaje się odtąd pracy zawodowej.



Ryc. 4. Przed zabiegiem.

e) Chora I. S., l. 53, przyjęta do kliniki w dniu 20. IV. z guzem w jamie brzusznej w podżebrzu prawem. W wywiadach nic charakterystycznego oprócz stałych bólów miejscowych. Na podstawie badania fizycznego stwierdzić było można guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, okrągły, elastyczny, gubiący się w podżebrzu prawem; guz ruchomy ku górze, więcej ku dołowi, na prawo i na lewo, przy badaniu dwuręcznem wyraźnie balotujący. Przez badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego wyłączono jakąkolwiek sprawę nerkową. Wobec braku jakichkolwiek danych wywiadowych, a tylko na podstawie badania fizycznego, mimo braku powiększenia wątroby, rozpoznano guz wątroby lub powiększony woreczek żółciowy. Zabiegu operacyjnego dokonałem w uśpieniu eterowem w połączeniu z weronalem i morfiną (zob. przypadek 3).

Cięcie w połowie mięśnia prostego prawego od łuku żebrowego w dół. Po otwarciu otrzewnej okazało się, że guz nie jest niczem innem, jak powiększonym woreczkiem żółciowym o treści płynnej przeźroczystej. Przy obmacywaniu przewodów żółciowych znaleziono **kamień** tuż przed ujściem do przewodu żółciowego wspólnego, ruchomy, da-



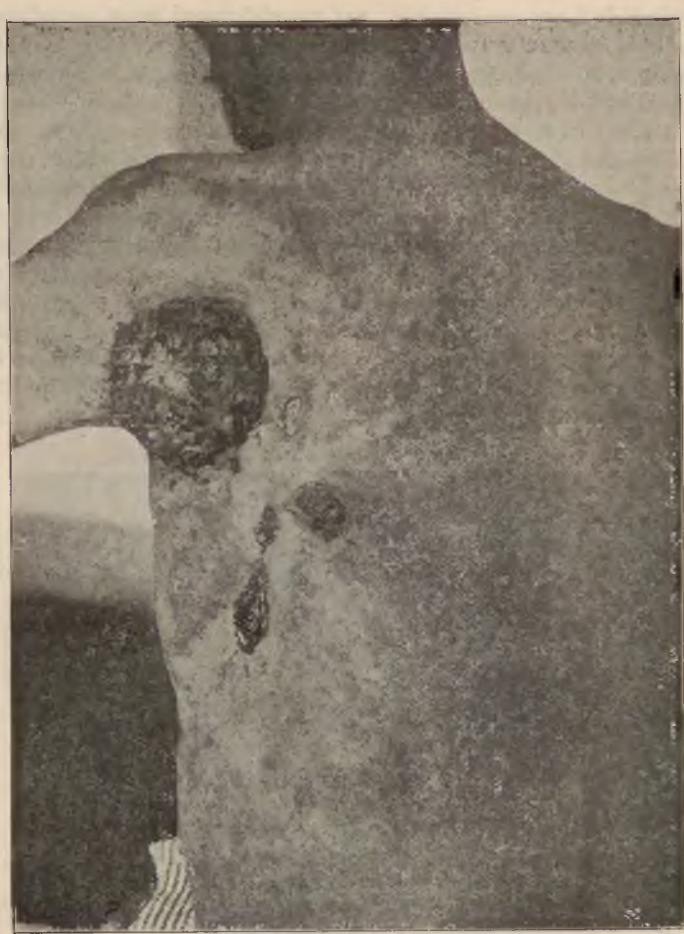
Ryc. 5. Po zabiegu.

jący się przesunąć do woreczka żółciowego. Woreczek żółciowy wraz z kamieniem usunięto w typowy sposób i po wytamponowaniu loży woreczka, nieznacznie krwawiącej, spojono ranę szwami katgutowymi, skórę jedwabiem. Chorą, ze względu na wiek i posunięty daleko nieżyt i rozedmę płuc, już od 2. dnia po zabiegu operacyjnym sadzano na fotelu. Od dnia 7—9. usuwano tampony; 11. dnia wyjęto szwy, rana zagojona doraźnie. Chora opuszcza klinikę 20. dnia po zabiegu — w zupełnem zdrowiu.

f) Chory W. M., l. 30, u którego w następstwie rozległego oparzenia na grzbiecie przeszczepiono przed ośmiu laty w klinice chir. krakowskiej skórę sposobem Thierscha. Przez lat siedem chory cieszył się zupełnem zdrowiem. W sierpniu 1913 r. w bliznie powstał guzek wielkości 5-koronówki, który został w cztery tygodnie po powstaniu przez miejscowego lekarza wycięty. Już w parę dni po zabiegu na tem samem miejscu zaczął się guz odnawiać i w ciągu kilku miesięcy sprawa chorobowa przybrała następujące rozmiary (ryc. 6. i 7.): Na skórze grzbietu po stronie lewej bliznowato zmienionej, tuż na zewnątrz od dolnego kąta łopatki, na fałdzie grzbietowo-ramieniowym guz okrągły średnicy 10 cm., o powierzchni nierównej, białawej, obficie krwawiącej. Guz wystaje ponad powierzchnię skóry około 4 cm. Poniżej tego guza cztery owrzodzenia wielkości około korony o granicach ostrych, dnach szarych, nierównych. Na granicy skóry bliznowato zmienionej i zdrowej, w okolicy lędźwiowej pod skórą guz wielkości jaja gołębiego. Owrzodzenia i guzek nieruchome wobec podłoża. Pod pachą prawą guz wielkości pięści, twardy, na szczycie rozmiękający, zrośnięty z podłożem. Badanie drobnowidowe wyciętych skrawków wykazało **raka**.

3) Dr Godlewski: **O samozatruciu z przewodu pokarmowego ze stanowiska klinicznego.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Sekretarz: Dr Zubrzycki.



Ryc. 6.



Ryc. 7.

Uwagi terminologiczne.

Otrzymujemy następujący list:

»W czasie kursów pielęgniarskich brak mi było nazwy polskiej dla niektórych przyborów, dlatego pragnę sprawę tę poruszyć na łamach »Przeglądu lekarskiego« w przekonaniu, że dyskusya publiczna przyczyni się znacznie do ustalenia tych wyrazów.

1. Celem ochrony bolesnych części ciała przed ciężarem kołdry używa się sklepienia, sporządzonego z 3 listew i 3—4 drutów. Przyrząd ten nazywa się po niemiecku »Reifenbahre« (choć nie są to nosze) lub »Bügelreifen«. Prof. Bylicki zaproponował mi wyraz »obręcznica«. Możnaby też skorzystać z wyrazów pałąk, kabłąk i obłąk, które oznaczają łukowate skrzywienie.

2. Celem ułatwienia choremu siadania w łóżku przymocowuje się u końca łóżka sznur, u końca którego umocowany jest gładki drążek do chwytania, lub przytwierdza się podobny sznur z drążkiem bądź też pętlę trójkątną lub trapezową do stelaży, przymocowanych u wezgłowia. Przyrząd taki nazywa się po niemiecku »Krankenaufrichter«. Prof. Bylicki zaproponował mi wyraz »dźwigadło«, który zdaje mi się i brzmi dobrze i oddaje dostatecznie cel przyrządu.

3. Aby koc lub kołdra nie spadały z łóżka, wsuwa się między materac i łóżko dwie listewki, złączone pod kątem (podobnego przyrządu prostokątnego używają murarze). Przyrząd taki nazywa się po niemiecku »Bettscheere«. Jak go nazwać po polsku?

4. Noszący chorych na noszach lub bez noszy są to »Blessirten- und Krankenträger«. Jak ich nazwać po polsku? Przecież nie »tragarz«, jak w tłumaczeniu książeczki Esmarcha, wydanem w r. 1890 w Warszawie.

5. Obecnie zaleca się dla laików do pierwszego opatrunku gotowe torebki opatrunkowe, zawierające gotowy wyjałowiony opatrunek*), który bez poprzedniego mycia rąk nakłada się wprost na ranę, podobnie jak torebki i patrony opatrunkowe, w które zaopatrzeni są żołnierze, idący do walki w czasie wojny: »Verbandpäckchen und Verbandpatrone« (patrony są zamknięte w blaszanem pudełku). Sądzę, że można zatrzymać wyrażenia »torebka opatrunkowa i patron opatrunkowy«. Niektórzy używają nazw pakiecik opatrunkowy i patrona opatrunkowa, które uważam za gorsze.

6. Dla mikrokoków podaje »Słownik lekarski« wyraz ziarenkowce, utworzony podobnie do wyrazów paciorkowce i łańcuszkowce. Niektórzy wolą używać wyrazów »ziarniaki i ziarenka«. Czy można je również przyjąć?

Wdzięczny będę kolegom i językoznawcom, którzyby się chcieli dyskusyą i wnioskami przyczynić do ustalenia nazw polskich dla podanych pojęć.

Dr I. Fels (Lwów)«.

XVII. Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie.
od 6. VIII. do 12. VIII. 1913.

Prof. Dr Wicherkiewicz ogłosił w jednym z największych dzienników londyńskich, »Morning Post«, następujący list otwarty do wydawcy: »Panie! Jako Prezydent Komitetu lekarzy z Polski (austryackiej, rosyjskiej, niemieckiej) dla międzynarodowych Zjazdów lekarzy, czy mogę zapewnić Pana, że zwołanie XVII międzynarodowego Zjazdu lekarskiego do Londynu przyjęto u nas z wielką ulgą, ponieważ ufaliśmy, że wielki naród angielski w zupełności uzna nas inter pares, jako członków Zjazdu naukowego, który nie może i nie powinien zajmować się żadną polityką, lecz tylko sposobami walki z chorobą, a na który przybyliśmy, aby wziąć udział w pracach zebrania wszystkich narodów cywilizowanych. Stały Komitet międzynarodowych Zjazdów lekarskich postanowił w Budapeszcie przed czterema laty nie uznawać urzędownie narodów, które nie są niezależne politycznie. Było to postanowienie, jedyne w historyi międzynarodowych ciał naukowych. Polityka i dyplomacya nie należą do zakresu takich ciał, niezmiennie do tego czasu uznających intelektualne prawa narodu, liczącego 25 milionów, który jest nietylko kulturalnie zjednoczony, lecz zorganizowany jako całość w celach poszukiwań naukowych, narodu, który ma swą własną niezniszczalną indywidualność i szczyci się posiadaniem jednego z najstarszych uniwersytetów w Europie. O naszym udziale w nauce lekarskiej mówią dostatecznie urzędowa bibliografia i sprawozdania z polskiej literatury lekarskiej, wręczone generalnemu sekretarzowi Zjazdu. Inna jeszcze sprawa nas dotknęła. Aż do tego czasu było zawsze zwyczajem, że wszystkie komitety organizacyjne wszystkich międzynarodowych Zjazdów lekarskich zwracały się do nas proprio motu z prośbą o współpracownictwo wcześnie przed każdym Zjazdem. Tego zwyczaju nie trzymano się tym razem; z naszej własnej inicyatywy musieliśmy się zgłosić i pytać o to, co powinno było nam być zaproponowane. Nie oskarżamy tutaj nikogo, lecz chcemy tylko zaznaczyć nasze prawa. Pragnę zarazem zwrócić uwagę wybitnych kolegów wszystkich narodowości na tę sytuacyę bez precedensu i prosić ich, aby ponownie rozpatrzyli postanowienie, którego żadne naukowe ciało nie powinno było nigdy powziąć. Wiem, że moje zapatrywanie podziela wielu najznakomitszych kolegów, należących do wielkich europejskich narodów. Koledzy ci są gotowi uchwałę budapeszteńską skasować, gdy będzie ku temu sposobność. Wreszcie ponieważ nie dano nam oficyalnie miejsca w długiej liście delegatów z całego cywilizowanego świata, czy mogę za pośrednictwem Pańskiego czasopisma przesłać pozdrowienia w imieniu naszego Komitetu wszystkim przedstawicielom świata lekarskiego, a szczególnie gościnnego narodu angielskiego, który nas przyjął tak uprzejmie«.

*) np. marki »Caritas« z Wiednia.

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie otwarł w imieniu króla ks. Connaught. Zjazd jest bardzo liczny; bierze bowiem w nim udział przeszło 7500 doktorów medycyny, nie licząc ich żon, córek i sióstr, których liczba przeważa 3000. Zapisało się w Komitecie polskim 49 lekarzy, ale, o ile można wnosić z urzędowego wykazu członków Zjazdu, to Polaków przybyło 57. Nie są wliczone w to panie, żony i córki uczestników Polaków. Z Warszawy przybyło 31 lekarzy, z Królestwa 5, z Poznania i zaboru pruskiego 3, z Rosyi 3, z zagranicy 6. Ze Lwowa przyjechali prof. Bardzo, prof. Łukasiewicz, doc. Nowicki, prof. Rencki i Dr Zgórski, z Krakowa radca dworu prof. B. Wicherkiewicz, prof. B. Kader, Dr A. Kwaśnicki, z Zakopanego Dr Kuczewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Rządowy Zakład badania środków spożywczych uzyskał dzięki energicznym staraniom kierownika, st. insp. Dra L. Biera, nowe odpowiednie pomieszczenie w stosownie przerobionym domu przy ul. Zygmunta Augusta Budynek ten obejmuje przeszło 40 sal, w których urządzono pracownie chemiczne, mikroskopowe, bakteryologiczne, mikrofotografię, bibliotekę, kancelarye, salę wykładową, muzem i t. d. Przerwane od 3 lat z powodu ciasnoty dotychczasowej kursa dla komisarzy targowych będą wobec tego na nowo podjęte w roku przyszłym.

— Dzienniki donoszą, że śp. Dr Adolf Lukas, długoletni lekarz sądowy we Lwowie, zmarły niedawno w Wiedniu, zapisał 230.000 K. na fundusz wdów i sierot po lekarzach z Galicyi wsch.

Z różnych stron. Na katedrę dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu, wakującą od 1½ roku wskutek przejścia prof. Dr W. Orłowskiego na katedrę kliniczną, wybrany został jego asystent, Doc. Dr Fotanow. Z Polaków stawali do konkursu Doc. Dr Henryk Lubieniecki z Kazania i Doc. Dr Edward Żebrowski z Kijowa.

Mianowani: w służbie rządowej w Galicyi starszymi lekarzami powiatowymi Dr K. Mossor, J. Michalik, J. Lubowiedzki, J. Josse, a st. lekarz pow. Dr Henryk Lic posunięty do VII rangi; w służbie krajowej w Bośni Dr Wł. Mikucki prymaryusz szpitala w Sarajewie, radca rządu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.



Rok LII. Kraków, dnia 23. sierpnia 1913. Nr 34

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Prądy czynnościowe nerwów i ich zależność od ciepłoty

(Doniesienie tymczasowe)

podał

N. Cybulski

Wyniki, otrzymane przy zastosowaniu galwanometru Einthovena do badań prądów czynnościowych mięśni, nasuwały mimowoli przypuszczenie, że przyrząd ten z również dobrym skutkiem może być użyty także do badania zjawisk elektrycznych w nerwach. Ogromna ilość doświadczeń już obecnie ogłoszonych przez rozmaitych autorów o prądach w mięśniach i sercu i tylko bardzo nieliczne próby, n. p. Cremera i kilku innych autorów, badań nad nerwami świadczyły, że w rzeczywistości muszą tu zachodzić jakieś okoliczności trudne do pokonania, które doświadczeniom na nerwach stanęły na przeszkodzie. Rzeczywiście badania, które dotychczas na nerwach wykonałem, wskazują, że pierwszą przeszkodą jest okoliczność, iż prądy czynnościowe w nerwach trwają bardzo krótko. Wskutek już opisanych przezemnie właściwości galwanometru Einthovena, przy czułem ustawieniu tego przyrządu, powolność wychylenia nitki nie pozwala na wybitne zaznaczanie prądu, wychylenia jej bowiem są tak małe, że nie mogą służyć ani do oznaczenia siły prądu, ani do jakiejkolwiek mniej więcej dokładnej analizy krzywych. Ażeby te krótkotrwałe prądy wykazać, wypadałoby stosować nitkę o większem napięciu, niż dla mięśni, co z kolei tak znacznie obniża czułość galwanometru, że nawet przy zastosowaniu powiększeń od 500—900 razy wychylenia pozostają wciąż stosunkowo nieznaczne. Potrzeba więc było drogą doświadczenia, drogą prób, wprost po omacku, znaleść takie napięcie nitki, przy któremby wychylenia jej odbywały się o tyle szybko, że krótki czas trwania prądów w nerwie mógł wystarczyć do uzyskania dostatecznych wychyleń, a jednocześnie, by czułość galwanometru była o tyle znaczną, by wychylenia nitki były wystarczające do zbadania powstającej krzywej.

W moim galwanometrze za najodpowiedniejsze ustawienie uznałem takie, w którem przy zastosowaniu okularu II Zeissa (powiększenie około 480 razy) czułość galwanometru wynosiła $18\ 10^{-9}$ (opór nitki galwanometru 7500).

Przy tej czułości świeżo wycięte nerwy królika i psa pozwalały już od razu obserwować dość znaczne wychylenie, gdy nerw stawał się czynnym, tak wskutek pojedynczych podrażnień, jak również wielokrotnych, dających tężec mięśni. Nerwy jednak żaby pojedyncze, nawet od końca dośrodkowego, dawały tak małe wychylenia, że krzywe do dokładniejszego badania zupełnie się nie nadawały. Dopiero 4 lub 6 nerwów, ułożonych równolegle na jednych i tych samych elektrodach odprowadzających, dawały krzywe odpowiednie. Jasną więc było rzeczą, że drugą przyczyną, utrudniającą zastosowanie galwanometru Einthovena, był znaczny opór samych nerwów.

Pozostawiając szczegółowy opis warunków doświadczenia i samych doświadczeń na przyszłość, pozwalam tu sobie podać w krótkości tylko wyniki, otrzymane na nerwach wymienionych wyżej zwierząt. Nerw oczywiście był układany na niepolaryzujących się elektrodach, którym dla uniknięcia przesiąkania siarczanu cynkowego i wysychania nerwów nadano specyalny kształt. Do drażnienia służyły również niepolaryzujące się elektrody, połączone z cewką indukcyjną. Odległość elektrod drażniących od odprowadzających wynosiła od 15—30 mm i więcej, odprowadzających między sobą od 10—15 mm. Odprowadzano albo od poprzecznego przekroju i powierzchni podłużnej, albo obie elektrody były przyłożone do powierzchni w odległości 5—15 mm od końca nerwu.

Drażniono przeważnie prądem otwarcia, który dla kontroli przy wielu doświadczeniach komutowano.

Już pierwsze doświadczenia wykazały, że trzecią bardzo nieprzyjemną komplikacyą w tych badaniach są prądy elektrotoniczne, wywoływane prądem indukcyjnym, nawet przy znacznych odległościach elektrod drażniących, szczególnie w nerwach żaby. Z tego wynikało, że siła prądu drażniącego w tych doświadczeniach musi być zawsze stosunkowo małą i że rzeczywiście jest niezbędne komutowanie prądu, jako kontrola, czy owo wychylenie jest zależne od prądu elektrotonicznego, czy też od prądu czynnościowego. Jeżeli bowiem prąd indukcyjny miał ten sam kierunek, co prąd czynnościowy, to oba prądy sumowały się i dawały jedno dość znaczne wychylenie. Jeżeli zaś prądy miały kierunek odwrotny, to naprzód występowało działanie prądu indukcyjnego, następnie dopiero wychylenie zależne od prądu czynnościowego, oczywiście w stronę odwrotną. Krzywa w tym przypadku miała charakter krzywej dwufazowej.

W doświadczeniach, w których prąd drażniący nie wywołuje prądów elektrotonicznych, wszystkie krzywe prądów czynnościowych nerwów wykazywały tylko jedną fazę, mianowicie fazę pierwszą, t. j. istnienie prądu o kierunku, odpowiadającym kierunkowi przenoszenia się stanu czynnego. Jakkolwiek niektórzy autorowie, a w szczególności Cremer, mieli obserwować także fazę drugą na nerwie węchowym szczupaka, to jednakże brak tej fazy we wszystkich moich doświadczeniach, tak przy odprowadzeniu od końca nerwu, jako też od powierzchni, i obecność pozorna drugiej fazy, gdy prądy używane do drażnienia były nieco silniejsze i wywoływały prąd elektrotoniczny, pozwala mi przypuszczać, że w wymienionych doświadczeniach mamy do czynienia tylko z pewnem przeoczeniem, autorowie bowiem nie zapisywali dokładnie momentu podrażnienia i nie zmieniali kierunku drażniącego prądu.

Najprawdopodobniej tego samego pochodzenia były także prądy dwufazowe, wykazywane w swoim czasie przez Hermanna i jego uczniów reotomem różniczkowym.

Krzywa prądu czynnościowego nerwu wogóle odpowiada pierwszej fazie krzywej mięśni i różni się od niej tylko tem, że czas trwania jest o wiele krótszy. Biorąc na uwagę, że wychylenie nitki rozpoczyna się z chwilą, gdy się prąd zjawia, a ustaje z chwilą, gdy prąd znika lub zaczyna się zmniejszać, początek wychylenia nitki i koniec jego można uważać jako miarę czasu, w ciągu którego prąd trwa (istnieje) na danej przestrzeni nerwu.

Dokładne pomiary tego czasu wykazały, że zależy on do pewnego stopnia od odległości między elektrodami odprowadzającemi, lecz i przy bardzo małych odległościach w ciepłocie pokojowej wynosi co najmniej 0·0025 i w miarę rozsuwania elektrod może dochodzić najwyżej do 0·0035, n. p. przy odległości między elektrodami odprowadzającemi 25 mm. Z tego czasu trwania można widzieć, że prąd, towarzyszący stanowi czynnemu nerwu, nie znika z chwilą, gdy stan czynny posuwa się naprzód, gdyż biorąc na uwagę szybkość przewodzenia w nerwach, 0·0030 sekundy na przestrzeni 1 cm, mielibyśmy szybkość przenoszenia się stanu czynnego zaledwo 3 m zamiast 25 lub 30 m. Spotykamy więc pod tym względem analogię z mięśniami, t. j. stwierdzamy, że stan czynny, przenosząc się po nerwie z pewną szybkością, pozostawia za sobą takie zmiany, które uwarunkowują nietylko powstawanie prądu, lecz także jego trwanie przez pewien oznaczony czas. Już tedy na tej podstawie możemy wnosić, że przyczyną prądu podczas stanu czynnego w nerwach muszą być również sprawy dyfuzyjne, powstające wskutek spraw chemicznych w nerwie i zjawiające się z powodu różnic koncentracyi jakby w osobnych komorach, zupełnie analogicznie do tego, co widzieliśmy w mięśniach.

Konsekwencyą tego przypuszczenia musi być zależność czasu trwania od ciepłoty. I rzeczywiście badanie nerwu przy różnych ciepłotach wykazało tę zależność w sposób bardzo wybitny. Jako przykład pozwalam sobie przytoczyć z szeregu doświadczeń jedno, wykonane na 5 nerwach żaby.

	Ciepłota		trwanie prądu
1)	Ciepłota	28^0,	trwanie prądu 0·0030.
2)	„	15^0,	„ „ 0·0034.
3)	„	10^0,	„ „ 0·0040.
4)	„	7^0,	„ „ 0·0047.
5)	„	5^0,	„ „ 0·0052.

Tak wybitna zależność od ciepłoty, powtarzająca się we wszystkich doświadczeniach z tą samą dokładnością, nasuwała przypuszczenie, że stan czynny nerwów musi być związany z procesem chemicznym, z jakąś chemiczną reakcyą. Było więc rzeczą ciekawą zbadać, o ile te różnice, zależne od ciepłoty, dają się wyrazić znanem równaniem wpływu ciepłoty na szybkość reakcyi chemicznej

$$\frac{k_1}{k_0} = e^{\frac{\mu}{R}\left(\frac{T_1 - T_0}{T_1 - T_0}\right)}$$

przyjmując, że stała szybkość reakcyi k_1 i k_0 jest odwrotną wartością czasu trwania prądu, R stałą gazów, możemy znaleść stałą charakterystyczną chemicznej reakcyi μ.

Stała ta w przytoczonem doświadczeniu, określona z krzywej 1 i 5, wynosiła 4100.

Mając oznaczoną stałą μ, można było obliczyć czas trwania prądu w doświadczeniu drugiem, trzeciem i czwartem.

Obliczenia te dały wynik następujący:

	Ciepłota		obliczono		obserwowano
2)	Ciepłota	15^0	obliczono 0·0036	obserwowano	0·0034
3)	„	19^0	„ 0·0043	„	0·0040
4)	„	7^0	„ 0·0049	„	0·0047

To samo μ, zastosowane do obliczenia czasu trwania wychylenia w drugim szeregu doświadczeń na 6 nerwach żaby, dało następujące liczby:

Ciepłota		obserwowano		obliczono
Ciepłota 19^0	obserwowano	30·8	obliczono	0·0032
„ 14^0	„	38	„	0·0034
„ 10^0	„	44	„	0·0040
„ 7^0	„	51	„	0·0050

Ta nadzwyczajna zgodność wyników obserwacyi z obliczeniem nietylko w pierwszem doświadczeniu, ale i w szeregu innych, nawet w nerwach innych żab, jak w drugiem z przytoczonych doświadczeń, w analogiczny sposób przeprowadzonych, może służyć niewątpliwie za dowód, że przewodzenie nerwów zależy rzeczywiście od chemicznej reakcyi, co także potwierdza teorya prądów czynnościowych w mięśniach, a zarazem wskazuje, że zastosowanie ścisłych i dokładnych pomiarów zjawisk fizyologicznych pozwala je ująć także w stosunkach ilościowych, podobnie, jak zjawiska fizyczne i chemiczne. Możność wyrażenia wzorem chemicznym reakcyi przewodzenia w nerwach jest w każdym razie dotychczas pierwszym i jedynym dowodem, że sprawa ta nie jest bynajmniej ani natury elektrycznej, ani jakimś innym molekularnym ruchem i nie ma nic wspólnego z kondensatoryjnym układem cząstek, jak to przypuszczał Herman.

Z kliniki chorób wewnętrznych Wszechnicy Kazańskiej.
(Dyrektor Prof. Dr Witold Orłowski).

W sprawie patogenezy rzucawki opłucnej przy wytwarzaniu sztucznej odmy piersiowej.

Podali

Prof. Dr **Witold Orłowski** i asyst. klin. Doc. Dr **L. Fofanow.**

(Ciąg dalszy).

Z danych badania podmiotowego jest oczywiste, żeśmy mieli chorą z silnem zajęciem lewego płuca, z ja-

mami w górnym jego płacie, z prawie zupełnem zarośnięciem lewej jamy opłucnej i z zajęciem prawego szczytu i objawami zrostów w okolicy dolnych granic prawego płuca. Badanie promieniami Röntgena w zupełności potwierdzało rozpoznanie kliniczne.

Wobec ciężkiego stanu chorej, która coraz więcej podupadała na zdrowiu, i wobec stosunkowo niewielkich zmian w prawem płucu postanowiliśmy zastosować leczenie sztuczne odmą piersiową.

W dniu 15 grudnia 1912 po 2 próbnych nakłuciach w VII i VIII międzyżebrzu w lewej tylnej linii pachowej, które nie wykazały wysięku, po zastosowaniu miejscowych środków odkażających skórę wstrzyknęliśmy o godz. 12 w południe pod skórę w miejsce najjaśniejszego odgłosu opukowego, mianowicie w V międzyżebrzu w tylnej linii pachowej 0,2 cm³ 2% kokainy, a następnie wprowadziliśmy igłę Forlaniniego, połączoną z manometrami. (Technika, którą stosujemy przy wytwarzaniu sztucznej odmy piersiowej, zostanie w swoim czasie ogłoszona przez Dra Fofanowa w »Charkowskom Medicinskom Żurnale« i w »Trudach« (»Pracach«) mej kliniki.

Manometr wodny wykazał natychmiast ujemne ciśnienie z niedużemi wahaniami oddechowemi, mianowicie ciśnienie wynosiło koło 13,5 mm. Połączywszy światło igły po poprzedniem przekonaniu się, że ostrze igły nie znajduje się w naczyniu krwionośnem, z azotometrem, wprowadziliśmy 50 cm³ azotu. Gdy rozłączyliśmy igłę od azotometru, manometr wykazał nieznaczne ciśnienie ujemne. Spróbowawszy jeszcze raz, czy ostrze igły nie trafiło do naczynia krwionośnego, wprowadziliśmy 30 cm³ azotu i otrzymaliśmy już dodatnie ciśnienie wysokości +20+25 mm. Dalszego wprowadzania azotu zaprzestaliśmy i igłę wyjęliśmy.

Przez cały czas chora leżała zupełnie spokojnie na prawym boku, nie uskarżała się na bóle, nie kaszlała i oddychała równomiernie. Natychmiast po wydobyciu igły chora nagle zbladła i zupełnie straciła przytomność; zjawiły się jednocześnie drgawki w kończynach, zwłaszcza górnych, przeważnie po stronie prawej, i kurcze toniczne w mięśniach żwaczach; drgawki ustąpiły, gdy zastosowano wdychanie chloroformu. Prawie jednocześnie wystąpił znaczny upadek czynności serca, tętno stało się nader małem, nitkowatem, czasami nie wyczuwalnem; oddech szybko znikł, wskutek czego rozpoczęto stosować sztuczne oddychanie; źrenice rozszerzone, skurcze drgawkowe już to znikały, już to powracały; źrenice wkrótce stały się nierównomierne; prawy fałd nosowowargowy wyrównał się; odczyn na bodźce bólowe znikł; taki stan, już to pogarszając się, już to polepszając, trwał aż do g. 8. wieczór. Przez cały ten czas wstrzykiwano chorej początkowo co ½ godz., następnie co godzinę pod skórę olejek kamforowy; oprócz tego, przez ten czas wstrzyknięto pod skórę 3gramowe strzykawki rozczynu: »Rp. Sol. coffeini natrio-benzoici e 4,0 -12,0", 2 razy po 500,0 fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, a do żyły 1 cm³ 1‰ adrenaliny (adrenalin. muriat.) i ½ cm³ 1‰ strofantyny Böhringera; czasami stosowano sztuczne oddychanie i rytmiczne pociąganie języka. O godz. 8 wieczorem przy nadal trwającej nieprzytomności napad drgawek i zatrzymania się oddechu powtórzył się w silniejszym stopniu. Po upływie ½ godz. chora powróciła po raz pierwszy do przytomności, zaczęła odpowiadać, jakkolwiek powoli, na pytania i prosiła, by dać jej pić. Tętno w tym czasie zadowalniające, 72, oddech równy, 24. Od godz. 9. wieczór do g. 2. w nocy tętno 90—96, oddech 32—38, chora przytomna, leży spokojnie; pod skórę kamfora i kofeina. O godz. 2 w nocy słabe drgawki na twarzy i w rękach, tętno 100, oddechów 24—30, stan przytomny. O godz. 9. zrana 16 grudnia znów napad utraty przytomności, kurcze mięśni żwaczy (toniczne) i upadek czynności serca, wszystkie te objawy są jednak krótkotrwałe i nie tak silnie wyraźne, jak poprzednio; zastosowano wdychania chloroformu, sztuczne oddychanie, lawatywy z wodanu chloralu. Od godz. 10 zrana chora śpi spokojna, t. 104, oddechów 30—32; pod skórę kamfora, kofeina, a o godz. 12 500,0 fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. O godz. 2. popoł. chora obudziła się ze snu; wymioty; tętno 99, oddechów 38; o godz. 3. popołudniu prosi chora, by dać jej pić; o godz. 6. m. 40 wiecz. znów wymioty; chora uskarża się na ogólną słabość i bóle w całem ciele, nie może podnieść prawej ręki; siła mięśniowa tej ręki o wiele jest mniejsza, niż lewej; fałd nosowowargowy zrównany, odruchy kolanowy i stopowy po stronie prawej wybitnie wzmożone, odruchy skórne prawidłowe, zaburzeń czucia niema; mocz, otrzymany cewnikiem, bez zmian. C. 37,2⁰. — 17 grudnia w nocy o godz. 3. wymioty; przytomność zupełna, ogólna słabość; o godz. 11 stolec. T. 88—92, oddechów 30; C. zr. 36⁰ C, wiecz. 37,2⁰. W miejscu wytworzenia sztucznej odmy na przestrzeni ograniczonej bardzo wyraźny metaliczny odgłos opukowy (Stäbchenplesimeterperkussion) i metaliczny szmer oddechowy; żołądek i brzuch nie wzdęte. Zalecono »Rp. Digipurati 0,1« 3 razy dnia. 18 grudnia: Chora noc spędziła dobrze; zupełnie przytomna; tętno 84—80, oddechów 34—36; C. zr. 37,3⁰, wiecz. 37,9⁰. Prawą kończynę górną może chora podnieść, lecz ruchy w prawym stawie promieniowonadgarstkowym i w stawach palcowych po stronie prawej są prawie zniesione. Zalecono: digipuraturum, miksturę Stokesa, wino, mleko, kaszkę, mannę, jaja. 19. XII. Ruchy w prawym stawie sprychowonadgarstkowym zaczynają powracać.

Z dalszego przebiegu zaznaczymy, co następuje: Ograniczona odma piersiowa, którąśmy wytworzyli, wessała się zupełnie zaledwie 5 stycznia 1913, więc trwała prawie 3 tygodnie; znaczne ogólne osłabienie zmniejszyło się; ruchy w prawym stawie sprychowonadgarstkowym i w stawach palcowych stopniowo powróciły; w płucach zmiany, jak pierwotnie. W 6 tygodni po wytworzeniu odmy, — 29 stycznia, — przy badaniu układu nerwowego stwierdzono: wyrównanie prawego fałdu nosowowargowego, źrenica prawa nieco szersza, odczyn źreniczny jednakowy z obydwóch stron; siła mięśniowa prawej kończyny górnej o wiele mniejsza, niż lewej; odruchy skórne jednakowe; gardłowy, spojówkowy i z błony śluzowej nosa wyraźne; odruchy kolanowy i stopowy żywsze po stronie prawej, objaw Babińskiego ujemny (prof. W. Osipow). 17 lutego, więc w przeszło 2 miesiące po wytworzeniu odmy, znaleziono: wyrównanie prawego fałdu nosowowargowego mało dostrzegalne, prawa źrenica nieco szersza niż lewa; odruchy po obydwu stronach jednakowe; siła lewej ręki większa, niż prawej, mianowicie prawej (oznaczono dynamometrem) 8, lewej 11.

Dalszego przebiegu nie przytaczamy, bo nie ma on znaczenia dla wyświetlenia patogenezy powikłania, które nastąpiło przy wytwarzaniu u chorej odmy.

Powikłanie, któreśmy otrzymali u chorej, a które zniewoliło nas zaniechać u niej ponownych prób, jest ze względu na przebieg zupełnie analogiczne z tym obrazem, który opisano pod nazwą »rzucawki opłucnej«, a który podaliśmy na wstępie niniejszego artykułu. Forlanini i jego zwolennicy, jakeśmy już wyżej zaznaczyli, tłómaczą tę »rzucawkę«, jako odruch z opłucnej na mózg i serce. Z podobnem zdaniem nie możemy się wcale zgodzić. Istotnie, u naszej chorej, która przedstawiała stan typowej rzucawki, spostrzegaliśmy szereg napadów głębokiej utraty przytomności z drgawkami o cechach drgawek częściowych z powtarzającemi się wymiotami, z rozszerzeniem i nierównością źrenic, z zaburzeniem w układzie krwionośnym i oddechowym, a również objawy niedowładu niektórych grup mięśniowych, które nie znikły jeszcze w całości na-

wet po upływie 2 miesięcy po napadach. Wszystkie te objawy wskazują na nagłe silne podniesienie u chorej ciśnienia wewnątrzczaszkowego z uszkodzeniem niektórych pierwiastków układu nerwowego. Wobec tego nie możemy przypuszczać odruchowego pochodzenia tych objawów, lecz musimy bezwarunkowo obstawać za mózgowoorganiczną ich genezą. Z różnych zaś spraw organicznych (wylewy krwi, zakrzep, nowotwory i t. d.), które mogą wywołać takie podniesienie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, w naszym przypadku możemy mieć na względzie tylko zator naczyń mózgowych. Wybitnie zaznaczona przewaga drgawek po stronie prawej, więc przeciwległej do tej, po której wytwarzaliśmy odmę, jak również objawy niedowładu mięśni prawej górnej kończyny przemawiają za zatorem naczyń mózgu tejże strony, po której wprowadzaliśmy azot. Przypuszczeniu takiemu nie przeczą nieznaczne zjawiska drgawkowe, które spostrzegaliśmy u chorej w lewej górnej kończynie, ponieważ znaczne wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego jest zdolne wywołać nietylko drgawki w częściach ciała, zależnych w swej czynności od przeciwległych półkul mózgowych, lecz nawet drgawki o cechach ogólnych.

Rozpatrzmy teraz, w jaki sposób mógł powstać u naszej chorej zator mózgowy? Tu jest możliwe jedno z dwojga, mianowicie albo przedostanie się jakąkolwiek drogą azotu, któryśmy wprowadzali do jamy opłucnej, do naczyń krwionośnych z przeniesieniem go do mózgu, albo zatkanie naczyń mózgowych zakrzepem, wyciśniętym azotem z drobnych żył płucnych, które nieraz w ogniskach, dotkniętych gruźlicą, są zatkane skrzepem (Brauer i Geckler). O tej drugiej możliwości należało pomyśleć tembardziej, że tkanka płuca w miejscu, odpowiadającem ukłuciu igłą, była u naszej chorej zmieniona, z drugiej zaś strony wprowadzanie azotu zakończyliśmy przy ciśnieniu dodatniem wysokości 20—25 mm słupa wodnego. Ściślejszy rozbiór obrazu, który spostrzegaliśmy u naszej chorej, doprowadził nas jednak do porzucenia tego przypuszczenia. Istotnie, skorośmy przyjęli zatorowe pochodzenie napadów, to uwzględniając nadzwyczaj silne wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, za czem przemawiała głęboka i długo trwająca utrata przytomności, nawroty wymiotów, rozszerzenie źrenic i drgawki nietylko miejscowe, lecz i ogólne, musimy przyjąć zatkanie naczynia dużego. Takie zaś zatkanie dużego naczynia zakrzepem organicznym wiodłoby do objawów stałego bezwładu, czegośmy u chorej nie spostrzegali. Wobec tego musimy przypuszczać zator gazowy. Wyniki doświadczeń na zwierzętach (Heller, Mager i v. Schrötter i inni) ([10]), a zwłaszcza spostrzeżenia, poczynione przy chorobie kesonowej (Caissonkrankheit), która zależy od zatorów azotem przy szybkiem przechodzeniu robotników z lokalu z zgęszczonem nieraz do kilku atmosfer powietrzem do lokalu ze zwykłem ciśnieniem atmosferycznem, udowadniają słuszność takiego przypuszczenia. Istotnie, przy chorobie kesonowej (Weselitskij ([11]) i inni), spostrzegamy również szereg objawów mózgowych, mianowicie przyćmienie przytomności, które czasami dochodzi do stopnia zupełnej jej utraty, niedowłady i bezwłady różnego stopnia i t. d. Te objawy, przybierając czasami wprost groźną cechę, w przeważnej liczbie przypadków dość szybko znikają: chory powraca do przytomności, niedowłady stopniowo przechodzą i w pomyślnych przypadkach znikają zupełnie lub w każdym razie wykazują ogromne polepszenie. Innemi słowy, zator gazowy cechuje ta właściwość, że, wywoławszy nawet ciężki napad mózgowy, zator taki dopuszcza możliwość szybkiego powrotu do stanu pierwotnego.

U naszej chorej spostrzegaliśmy także stosunkowo szybki powrót przytomności, pomimo, że początkowy obraz był groźny; stwierdziliśmy także prawie zupełne zniknięcie powstałych podczas napadów niedowładów. Ta okoliczność przemawia na korzyść gazowozatorowego pochodzenia omawianego obrazu: bańki gazowe, wywoławszy ciężki napad, wessały się, a pierwiastki nerwowe, nie zniszczone, lecz uległe tylko nieznacznemu uszkodzeniu, z przywróceniem krążenia mogły odzyskać swoją czynność, co prawda nie w całości, lecz z pewnym, jakkolwiek bardzo nieznacznym ubytkiem.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Schöne. **O leczeniu świeżych ran i ciężkich oparzeń.** (Med. Klinik 1913 Nr 26). Dawne czynne postępowanie przy zranieniach ustąpiło miejsca postępowaniu więcej zachowawczemu, skoro przekonano się, że wszelkie mechaniczne drażnienie rany, choćby w postaci płukań i wyczyszczań nie może wstrzymać zakażenia, a przeciwnie nieraz je przyspiesza, rana zaś każda potrzebuje przedewszystkiem spokoju. Krok dalej poszedł Friedrich. Wycina on przypuszczalnie zakażoną ranę cięciem gładkiem, a potem zaleca zupełny spokój. Tschmarke polecał przy oparzeniach odrazu odkażać oparzone części skóry w uśpieniu i to energicznie (mydło, szczotka, potem alkohol 60% i opatrunek aseptyczny). Osiąga się przytem wyniki bardzo dobre, jak tego dowodzi doświadczenie autora. K.

Koenigsfeld. **O leczeniu uodporniającem przy nowotworach złośliwych.** (Med. Klinik 1913 Nr 27). Uodpornianie przeciwko nowotworom złośliwym od czasów Jensena zaprząta ciągle umysły badaczy. Dotąd nie udało się uzyskać odporności przez poprzednie stosowanie komórek martwych. Dotychczasowe próby z surowicą przeciwrakową wypadają ujemnie. Swego czasu próbowano leczyć nowotwory złośliwe zakażaniem różą. Emmerich i Scholl używali surowicy ludzi, którzy przebyli różę. Leczenie to nie jest wolne od niebezpieczeństw, choć czasem, zwłaszcza przy mięsakach, widywano dobre wyniki. Wiele rozgłosu zyskało sobie swego czasu leczenie bakteryami, względnie ich wyciągiem lub toksynami. Coley stosował wyciąg z bakteryi z grupy paciorkowców i prątka krwawego, Doyen surowicę uzyskaną zapomocą ziarenkowców (micrococcus neoformans, który rzekomo ma wywoływać raka), Schmidt antimeristem albo kankroidynę z hodowli pierwotniaków i pleśni mueor racemosus). Adamkiewicz uważał samą komórkę rakową za pasożyta (coccidium sarcolytas) i stosował kankroinę, a potem zamiast niej przetwór nieswoisty, otrzymany przez neutralizacyę neuryny. Stososowanie wszystkich tych sposobów okazało się jednakże bezskuteczne.

Richet i Hericourt otrzymali z osłów i psów surowicę zakażając je poprzednio zawiesiną mięsaka. Engel uodporniał świnki morskie surowicą osób rakowatych, a później surowicę ich używał do leczenia. Grünbaum wstrzykiwał kobietom cierpiącym na raka macicy, surowicę z klaczy chorej na nabłoniaka pochwy. Hodenpyl płyn z brzucha

chorego wyleczonego z raka. Delbet wstrzykuje podskórnie operowanemu jego własny nowotwór roztarty, Graff i Ranri czynią to samo ale po poprzedniem zatruciu komórek nowotworowych, Fichera stosuje w tym celu autolizaty guzów. Najlepsze jeszcze wyniki daje uodpornianie czynne, natomiast bierne pozostało dotąd bez skutku. Korzystne wyniki objawiały się zmniejszaniem się nowotworu, poprawą stanu ogólnego, ustawaniem bólów, a względnie brakiem nawrotów. K.

Rollier. **O leczeniu gruźlicy światłem słonecznem.** (Zeits. f. öff. Gesündheitspflege IV. 1913). W roku 1903 założył R. w Leysin w Szwajcaryi pierwszy zakład dla systematycznego leczenia gruźlicy chirurgicznej słońcem, a zachęcony dobrymi wynikami rozszerzył zakłady tak, że obecnie jest ich trzy posiadające 350 łóżek, z czego 150 dla dzieci. Klimat alpejski nadaje się znakomicie do tego leczenia, bo na równinach ginie 90% promieni słonecznych. Przytem klimat alpejski jest suchym, a Wiesner wykazał, że bakteryobójcze działanie promieni słońca jest tem większe, im powietrze jest suchsze. Dalej słońce świeci w zimie w górach dłużej, niż na równinach, a przez odbijanie się od lodu i śniegu zwiększa się działanie promieni. Najlepiej nadają się na zakłady południowe stoki gór. R. twierdzi, że słońcem wyleczyć można każdą postać gruźlicy chirurgicznej i u każdego chorego. Chorzy spędzają cały niemal rok na świeżem powietrzu, a do słońca przyzwyczajają się stopniowo. Dołącza się do tego inne sposoby leczenia, jak ustalenie (kręgosłup), wyciąg (biodro) i t. p. Ból rychło ustępuje, a stawy goją się przy zachowaniu zupełnej ruchomości. Gruczoły gruźlicze znikają lub ulegają zropieniu, a wtedy nakłuwa się je i wypuszcza ropę. Znakomite wyniki osiąga się przy gruźlicy otrzewnej. Nieraz duże guzy serowate znikają bardzo szybko. Korzystny wynik osiąga się także przy gruźlicy narządów moczowo-płciowych. Wszelkie przetoki goją się bardzo dobrze i prędko, nawet tak uporczywe, jak po wycięciu gruźliczej nerki. Wyniki są trwałe, ale do leczenia tego trzeba dużo cierpliwości tak ze strony lekarza, jak i ze strony chorego.

Schaudigel. **Uszkodzenia rogówki po uśpieniach.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 24). S. przestrzega przed brutalnem dotykaniem rogówki palcem, celem badania głębokości uśpienia. Wywołać to może uszkodzenie rogówki, a nawet ciężkie wrzody. Głębokość uśpienia badać można równie dobrze, dotykając spojówki gałkowej. Nigdy nie powinno się dotykać środkowych części rogówki, ani nie powinno się badać odruchu ciągle na jednem tylko oku. K.

Baer. **O pozaopłucnej pneumolizie z natychmiastowem plombowaniem przy gruźlicy płuc.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 29). Leczenie »uciskowe« gruźlicy płuc znajduje coraz to szersze zastosowanie. Sztuczna odma opłucna niezawsze się udaje, (operacye kostne (t. j. wycinanie żeber) są ciężkie, grożą czasem zakażeniem dolnego płuca i nie są obojętne dla serca. Dlatego B. zaleca osobny, przez siebie obmyślany i stosowany zabieg. W miejscowem znieczuleniu wycina on kawałek żebra nad zmienioną częścią płuca i palcem odłuszcza opłucnę ścienną od klatki piersiowej, a pozostałą jamę plombuje zaraz mieszaniną bizmutu i wiołormu z parafiną. Zabieg ten niewielki znoszą chorzy bardzo dobrze. Jeżeli przekonamy się, że np. jama ma bardzo cienką ściankę, wtedy na razie nie wykonuje się plomby lecz tylko tamponuje. Nieraz potem ściana jamy grubieje, można następowo plombować lub też otwiera się jamę i leczy się ją jak zwykły ropień. Stan potem rychło się poprawia, niema obawy aspiracyi, wykrztuszanie odrazu jest swobodne. a także kosmetyczny wynik jest dobry. Dotychczasowe próby zachęcają do dalszego stosowania tej metody. K.

Jessen. **Uwalnianie płuc (Pneumolysis).** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 29). Stosując leczenie gruźlicy sposobem Baera przekonał się Jessen, że bardzo często już samo odłuszczenie opłucnej, nawet bez tamponady, daje bardzo dobry wynik, podobny do plombowania. Nieraz z powodu zrostów odłuszczenie napotyka na trudności; jeżeli zaś robi się je brutalnie, to zachodzi znów obawa przedarcia opłucnej. Jeżeli uwolnienie płuc się nie udaje, trzeba przystąpić do wycięcia żeber. Po pneumolizie występują chwilowe wysokie podniesienia ciepłoty. Do plomb, zamiast mieszaniny Baera zaleca J. mieszaninę wosku białego i białej waseliny z 0·5% węglanu magnezowego i kwasu salicylowego. Mieszanina ta jest plastyczniejsza i trudniej ulega wessaniu. K.

Położnictwo i ginekologia.

Ogata. **Symptomatologia krzywicy i zwichnięcia kości w Japonii.** (Hegar's Beiträge zu Geburth. u. Gynak. 1913 I). Obie te sprawy występują endemicznie w prowincyi Toyoma, gdzie podług sprawozdań urzędowych na 59.000 mieszkańców choruje na krzywicę i zwichnięcie kości 355 osób. Autor badał 190 dzieci w wieku 1—15 lat, 25 pierwiastek w wieku 16—25 lat i 25 wieloródek w wieku 26—47 lat. Główny kontygent chorych dzieci stanowią 2—3 letnie, przyczem do lat 10 znajduje się krzywicę w różnym stopniu u obu płci, zaś po 10 roku życia przeważają dziewczynki. Dzieci krzywicze cierpią na zaburzenia w trawieniu, ogólny ich stan jest upośledzony. Autor podaje dokładny obraz zmian w poszczególnych częściach kośćca i w narządach zewnętrznych. Zmiany miednicy zaczynają występować, gdy dzieci już dużo chodzą i stoją, z tych najważniejszą zmianą jest skracanie się sprzężnej zewnętrznej i prawdziwej. W grupie pierwiastek między 16 a 25 rokiem życia znajdował O. osoby: 1) ciężko schorzałe, u których sprawa chorobowa rozpoczęła się już w dzieciństwie i 2) takie, gdzie zmięknienie kości dopiero w tym właśnie wieku zaczęło się rozwijać. Kobiety dotknięte tem cierpieniem odznaczają się małym wzrostem, ogólny rozwój cechuje się zastojem. Bóle, jakich doznają, o charakterze nieokreślonym, wzmagają się w czasie miesiączki, której pojawienie się jest zazwyczaj spóźnione. Najwybitniejsze zmiany kośćca dotyczą miednicy. W grupie trzeciej występuje zmięknienie kości po drugiem lub trzeciem porodzie; czynność rozrodcza ma na sprawę chorobową wpływ ujemny, porody same jednak przebiegają lekko ze względu na podatność kości. A. Markowa

Kasasshima **W sprawie leczenia czynnego przy poronieniu gorączkowem i zakaźnem.** (Hegar's Beiträg. für Geb. u. Gyn 1913 I.). Sprawa postępowania przy poronieniu, któremu towarzyszy podniesienie się ciepłoty lub zakażenie ogólne, nie jest dotąd rozstrzygniętą. Szkoła Wintera jest zwolenniczką postępowania zachowawczego, inni jak Schauta, Schotmüller, v. Franque, są zwolennikami natychmiastowego usunięcia treści macicy. Schauta jest wogóle przeciwny uzależnieniu postępowania położniczego od wyniku badań bakteryologicznych, gdyż jak wiadomo, niema ścisłej zależności między rodzajem mikrobów, a nasileniem sprawy chorobowej. Klinika w Tybindze, skąd wyszła praca K., zajmuje stanowisko czynne. Z przytoczonych w pracy tablic, obejmujących 183 przypadków, w tem 121 bezgorączkowych poronień, 46 z podniesioną ciepłotą i 15 zakaźnych, widzimy, że wyniki tego postępowania są dodatnie. Tylko z ostatniej grupy stracono 2 przypadki, z tych jeden leczony czynnie, jeden zachowawczo. Ponieważ więc z leczeniem czynnem nie łączy się żadne niebezpieczeństwo dla chorej, o ile sprawa ogranicza się do macicy przeto lekarz praktyczny może zawsze bez badania bakteryologicznego przystąpić w tych przypadkach do opróżnienia macicy. A. Markowa.

Kasasshima. **Sen pantoponowo-skopolaminowy.** (Hegar's Beiträge für Geb. u. Gyn. 1913 I.). Wstrzyknięcie pantoponu i skopolaminy przy wielkich zabiegach ginekologicznych nie stanowi samodzielnej metody znieczulania, jest jednak środkiem pomocniczym przy znieczulaniu rdzeniowem lub usypianiu przez wdychanie. Sam przez się śro-

dek ten nie ma wpływu na przedłużenie działania zastosowanego narkotyku, natomiast obniża świadomość operacyjną, usuwa parcie, dławienie się, wymioty, niepokój, a w przebiegu pooperacyjnym zwalcza wymioty i nieżyt oskrzeli. A. Markowa.

Gottschalk. **Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis.** (Archiv. f. Gynaekologie 1913 I.). G. opisuje przypadek wycieku z macicy, powstałego w 7. miesiącu ciąży i utrzymującego się przez dalszych 46 dni. Odpływające wody odpowiadały swoim składem wodom płodowym. Płód urodził się na czasie, żywy, bez zniekształceń, łożysko prawidłowe. Natomiast w błonach między owodnią a kosmówką w miejscu pęknięcia znaleziono nagromadzenie się ciałek białych i rozległą nekrobiozę obu błon. Jest to więc pierwszy przypadek, dający się wytłomaczyć zmianą anatomo-patologiczną. A. Markowa.

Abels. **W sprawie pochodzenia i symptomatologii krwotoków wewnątrzczaszkowych u noworodków.** (Archiv. f. Gynaekologie 1913 I.). Istnieje cały szereg poglądów na pochodzenie krwotoków wewnątrzczaszkowych, powstających z przebiegu porodu. Wywoływać je ma zastój żylny w zatokach mózgu i rozgałęzieniach ich w oponach, towarzyszący zamartwicy, a czynnikiem mechanicznym jest ucisk na ściany zatok, jaki powstaje przy zachodzeniu kości czaszki na siebie i zagięcie żył. Krwotoki w obrębie opon miękkich czasami nie dają nawet objawów krwotoku, pod oponę twardą, mogą sprowadzić śmierć. Zmiany w miednicy, niepodatność części miękich matki, długi czas trwania porodu, zamartwica, kleszcze, grają w etyologii tych krwotoków wielką rolę. Jednakże szereg autorów spostrzegał je, i to nawet w przeważającej liczbie przypadków, w przebiegu porodów łatwych, a nawet szybkich. Abels opisuje 2 przypadki krwotoku do komór, pochodzących z rozdarcia splotu naczyniowego. To rozdarcie spowodowanem jest, zdaniem niektórych badaczy, uciskiem i przemieszczeniem wielkiej żyły Galena przez pozachodzenie na siebie kości czaszki, zdaniem innych, zastojem w obrębie tej żyły. Za powód właściwy i istotny uważa Abels różnicę pomiędzy ciśnieniem wewnątrzmacicznem a atmosferycznem, na jaki wystawiona jest część płodu, leżąca w obrębie ujścia zewnętrznego. Wskutek tej różnicy w ciśnieniu pękają naczynia i jak z mechanizmu porodowego wynika, w szczególności naczynia w obrębie szwu strzałkowego. Przebieg kliniczny w obu przypadkach Abelsa uderzał podobieństwem do tężca (tetanus neonatorum). Ze szczegółów bardziej charakterystycznych podnieść należy szczękościsk, skurcz toniczny kończyn, symetryczne drgawki w obrębie nn. twarzowych i okoruchowych. A. Markowa.

Okulistyka.

Bock. **Leczenie zołzowych i gruźliczych schorzeń oka zapomocą krwi uodpornionych królików sposobem Spenglera.** (Wien. med. Woch. 1913, Nr 19—20). W jednej z poprzednich swych prac ogłosił autor statystykę 10000 przypadków chorób ocznych, leczonych przez siebie ambulatoryjnie. W tej liczbie było 3655 przypadków schorzeń zołzowych, a 25 przypadków gruźlicy ocznej. Ponieważ wyniki leczenia w tych przypadkach, które stanowią tak dużą odsetkę wszystkich chorób ocznych, wcale nie są korzystne, przeto autor uważa za konieczne szukanie nowych sposobów leczniczych, a w szczególności radzi przynajmniej w cięższych postaciach stosować ogólne leczenie swoiste. Uważając zołzy za złagodzoną postać gruźlicy, stosuje obecnie autor także w przypadkach pryszczykowego zapalenia spojówki i rogówki wcieranie w skórę środka przeciwgruźliczego, podanego przez Spenglera z Davos. Jest to krew uodpornionych przeciw gruźlicy królików, zebrana do rozczynu soli kuchennej, zaprawionego kwasem mlecznym i kwasem karbolowym. W ten sposób przechodzą do rozczynu przez rozpuszczenie krwinek zawarte w nich ciała uodporniające (Immunkörper, I—K). Dzięki temu jest, zdaniem Spenglera, działanie tak przyrządzonej krwi silniejsze i skuteczniejsze, niż działanie surowic przeciwgruźliczych. Bock zastosował ten środek Spenglera w 53 przypadkach, bądźto cięższych schorzeń zołzowych oka, bądź też niewątpliwej gruźlicy gałki ocznej, powiek, względnie przewodu nosowołzowego. We wszystkich tych przypadkach stosował równocześnie odpowiednie leczenie miejscowe i na podstawie przebiegu klinicznego odniósł wrażenie, że leczenie swoiste sposobem Spenglera wpływa dodatnio na gojenie się tak zołzowych, jak i gruźliczych schorzeń oka, a tem samem zapewnia ostatecznie lepsze wyniki optyczne. K. W. Majewski.

P. Cohn. **Przyczynek do leczenia zapalenia tęczówki przez zapuszczanie hetolu.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 18). Chodzi tu o gruźlicze zapalenie tęczówki. Według statystyki Groenouva, wyniki dotychczasowych sposobów leczenia są bardzo liche. W przypadkach »tuberculoma iridis«: 5% wyleczeń, 6% utraty wzroku, a 89% utraty gałki ocznej. Nieco lepsze rokowanie daje »iritis tuberculosa disseminata«: 48% utraty gałki ocznej, 9% utraty wzroku, a 43% wyleczeń ze znacznie jednak upośledzoną bystrością wzroku. Wobec takiego stanu rzeczy korzystne wyniki, uzyskiwane w ostatnich czasach zapomocą hetolu, nabierają szczególnego znaczenia. Hetol wprowadził do okulistyki Landerer (1906), polecając podspojówkowe wstrzykiwania tego środka w przypadkach miąższowego zapalenia rogówki. Po nim Pflüger zastosował takie wstrzykiwania w przypadkach gruźlicy przedniego odcinka gałki ocznej. O dobrych wynikach, osiąganych tym sposobem leczenia, donosili następnie kolejno Darier, Vossius, Wicherkiewicz, Cramer. Obecnie Cohn podaje opis kilku przypadków niewątpliwej gruźlicy tęczówki, w których rtęć i jod, z początku stosowane, pozostawały bez wpływu na przebieg sprawy chorobowej, leczenie tuberkulinowe wywoływało stale zaostrzenie i pogorszenie objawów, a dopiero wpuszczanie metodyczne rozczynów hetolu wywoływało zawsze korzystny zwrot w przebiegu i doprowadziło we wszystkich przypadkach do wyleczenia z odzyskaniem prawidłowej bystrości wzroku. Autor nie robi wstrzykiwań podspojówkowych, a tylko zapuszcza do worka spojówkowego rozczyny hetolu w rosnącem zgęszczeniu od 2—5% z dodatkiem nowokainy 1%. Przed wpuszczeniem hetolu znieczula spojówkę 3% kokainą. K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 14. V. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 61.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes powitał jako gości kol. Rzętkowskiego i Offmańskiego.

3) Dr Hładij przedstawia chorych z kliniki chirurgicznej.

a) M. L. l. 51 operowana przed 3 laty z powodu **raka odźwiernika;** wówczas dokonano resekcyi nowotworu i zespolono żołądek z jelitem sposobem Reichla. Operowana jest obecnie zupełnie zdrowa, nigdzie niema ani śladu nawrotów.

b) M. K. l. 20 operowana 11. III. z powodu **nowotworu mózgu**. Guz wielkości dużego orzecha włoskiego leżał w płacie skroniowym lewym i dał się zupełnie na tępo wyłuszczyć. Badanie drobnowidowe guza wykazało utkanie mięsakowate.

W dyskusyi zabiera głos kol. Landau i zdaje sprawę z badania neurologicznego i psychicznego u operowanej M. S.

4) Kol. Dr Rzętkowski z Warszawy (jak gość) wygłosił wykład: **O wpływie środków leczniczych na przemianę materyi** (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawia kol. Doc. Seńkowski, szeroko omawiając znaczenie studyów nad przemianą materyi dla medycyny.

Posiedzenie z dnia 21 V. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 49.

1) Ptotokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Doc. Radliński wygłosił wykład: **Krwiomocz przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (Rzecz ukaże się wkrótce w druku w »Przeglądzie lekarskim«).

3) Kol. Dr Surzycki wygłosił wykład: **O oksaluryi** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawiali: a) kol. Doc. Seńkowski, który tłómaczy problem oksaluryi z chemicznego punktu widzenia. b) Kol. Weissglass przytacza przypadek oksaluryi, spostrzeganej przez siebie bardzo dokładnie. c) Kol. Surzycki podnosi w odpowiedzi, że z zapatrywaniami obu mowców zgadza się w zupełności, a dowodem na to są jego wywody zawarte w wykładzie.

Posiedzenie dn. 28. V. 1913.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 48.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes poświęcił słowo wspomnienia ś. p. Prof. A. Bochenkowi, przyczem obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

3) Kol. Prym. Dr Borzęcki przedstawia chorą N. N. lat 28 ze zmianami **kiły dziedzicznej.** Chorą przyjęto na oddział chorób skórnych przed dwoma tygodniami. Wywiady co do przebytej kiły ujemne. Chora źle odżywiona, na swój wiek słabo rozwinięta. Zmiany chorobowe przedstawiają się w postaci zapalenia miąższowego rogówki, zniekształcenia nasady nosa, który przedstawia się jako nos siodełkowaty, a wreszcie zmian troficznych zębów. Siekacze i kły nie rozwinięte należycie tak co do wysokości, jak i szerokości, ku końcowi jakby klinowate, umieszczone w znacznych odstępach. Zęby te przedstawiają obraz mikrodentismus i obok wyżej wymienionych zmian chorobowych niewątpliwie kiłowego pochodzenia, są znamienną cechą zmian troficznych w uzębieniu. Odczyn Wassermanna dodatni.

4) Kol. Kostrzewski: **Stosunek fermentów we krwi do przemiany materyi.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos kol. Dr Zubrzycki i Doc. Koźniewski. Sekretarz: Dr I. Zubrzycki.

X. Posiedzenie naukowe lekarzy Szpitala św. Łazarza w Krakowie

z d. 27. VI. 1913.

Przewodniczy dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 17.

1) Kol. Potrzobowski wygłosił referat: **Odczyn Wassermanna i jego wartość kliniczna.**

2) Kol. Blay przedstawił przypadek **nowotworu mieszanego macicy**, carcinoma corporis i myoma cervicis na jednej macicy.

3) Kol. Scharf przedstawia: 1. Chorego z **guzem przysadki.** 2. Przypadek nastręczający trudności rozpoznania między padaczką a histeryą.

4) Prof. Rutkowski przedstawia znacznych rozmiarów **megacolon,** usunięty na drodze operacyjnej.

W ożywionej dyskusyi nad referatem kol. Potrzobowskiego przemawiali kol. Walter, Blay, Markowa, Scharf, Glatzel i referent. — W dyskusyi nad preparatem prof. Rutkowskiego przemawiali kol. Weber, Markowa, Krzyszkowski i prof. Rutkowski.

Sekretarze: Dr A. Markowa, Dr Glatzel.

Towarzystwo lekarzy Ziemi radomskiej.

96 Ogólne Zebranie 28 VI 1913.

Obecni gość 1, członków 16.

Przed porządkiem dziennym kol. H. Fidler wita kol. K. Rzętkowskiego z Warszawy.

Przewodniczącym Zebrania wybrano kol. H. Fidlera, który poświęca pośmiertne wspomnienie ś. p. Adamowi Chojce, zmarłemu dzisiaj nagle na udar sercowy i zaprasza kolegów do złożenia zamiast wieńca na trumnę składki na rzecz wdów i sierót po lekarzach ziemi radomskiej.

Kol. K. Rzętkowski z Warszawy, wygłasza wykład: **O wpływie środków i zabiegów leczniczych na przemianę materyi.** We wstępie charakteryzuje kol. Rz. naukowe opracowanie omawianej sprawy, które przy metodyce badań współczesnych ma braki i nie zawsze pozwala nam dokładnie zdawać sobie sprawę ze zmian, jakie zachodzić mogą w metaboliźmie ustrojowym pod wpływem środków i zabiegów lekarskich. Następnie omawia Rz. te zabiegi i środki lekarskie, które wpływając bezpośrednio na przemianę materyi, wzmagają ją (zabiegi analogiczne do pracy fizycznej, zabiegi wodolecznicze i leczenie przyrodolecznicze; miesienie, elektroterapię, a także przetwory jodowe, kwasu salicylowego, tyreoidynę i inne przetwory organoterapeu-

tyczne). Z kolei przechodzi kol. Rz. do tych środków i zabiegów, które osłabiają przemianę materyi, jak leczenie, leżeniem i spoczynkiem oraz chininą, żelazem, fosforem, arsenem i wyskokiem. Dalej omawia kol. Rz. środki wpływające jakościowo na przemianę materyi (wydzielanie kwasów glykuronowych) oraz wpływ środków i zabiegów lekarskich na przemianę w ustroju związków purynowych, między innymi wpływ atofanu. Na granicy pomiędzy środkami, działającymi bezpośrednio i pośrednio na przemianę materyi, stawia kol. Rz. wody mineralne, których działanie omawia szczegółowiej, i kończy swój odczyt rozważeniem sposobów działania środków i zabiegów leczniczych, wpływających pośrednio (za pośrednictwem narządów) na przemianę materyi (środki działające na serce i układ krążenia, na przewód pokarmowy, na nerki oraz działanie za pośrednictwem układu nerwowego t. zw. wegetatywnego). (Odczyt ten drukowany będzie w całości w »Lekarzu wileńskim«).

W dyskusyi nad odczytem kol. Rzętkowskiego brali udział koledzy: Fidler, Kelernorm, Zbrożek, poczem kol. przewodniczący dziękuje prelegentowi za wygłoszenie tak zajmującego odczytu i poleca jego pamięci nasze Towarzystwo i nadal.

Członek Zarządu Sekretarz Dr T. Rakowski.

Towarzystwo lekarskie kieleckie.

Sprawozdanie z działalności za I półrocze 1913 r.

I ogólne zebranie roczne dnia 15. II. Obecnych członków 11, przewodniczący kol. Daszewski: sekretarz kol. Kopczyński.

1) Po przeczytaniu i przyjęciu protokółu ostatniego posiedzenia kol. przewodniczący proponuje uczcić pamięć dwóch zmarłych w roku ubiegłym członków Towarzystwa przez powstanie z miejsc.

2) Kol. przewodniczący odczytuje nadesłane korespondencye.

3) Kol. sekretarz odczytuje sprawozdanie z działalności Towarzystwa za 1912 r.

4) Kol. skarbnik odczytuje sprawozdanie o stanie kasy Towarzystwa.

5) Kol. bibliotekarz odczytuje sprawozdanie o stanie biblioteki.

6) Komisya rewizyjna wnosi absolutoryum dla Zarządu, które też uchwalono.

7) Następnie odbyły się wybory dwóch członków Zarządu w miejsce ustępujących kol. Jedlickiego i kol. Kopczyńskiego. Wybrani zostali ponownie: skarbnikiem kol. Jedlicki, sekretarzem kol. Kopczyński. Prezes kol. Czaplicki składa swój urząd z powodu słabego zdrowia i prosi o dokonanie wyborów na swoje miejsce. Wybrany został kol. Daszewski, na miejsce zaś kol. Daszewskiego (wiceprezesa) kol. Kosieradzki. Po dokonaniu wyborów zarząd Towarzystwa na rok 1913 stanowią: Prezes kol. Daszewski, wiceprezes kol. Kosieradzki, sekretarz kol. Kopczyński, skarbnik kol. Jedlicki, bibliotekarz kol. Lewinson, członkowie zarządu: kol. Laskowski i kol. Jankowski; Członkowie komisyi rewizyjnej: kol. Ryttel, kol. Steckiewicz i kol. Piotr Jankowski.

Drugie ogólne miesięczne zebranie d. 15. III. Obecnych 14 członków. Przewodniczący kol. Daszewski, sekretarz kol. Kopczyński.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu ostatniego posiedzenia. odczytano nadesłane korespondencye.

2) Obrano kol. Czaplickiego, b, prezesa Towarzystwa członkiem honorowym Towarzystwa lekarzy gub. Kieleckiej.

3) Kol. Kavita odczytał pracę swą p. t.: **O tętnie**.

III. Ogólne miesięczne zebranie d. 19. IV. Obecnych 14 członków. Przewodniczący kol. Daszewski, sekretarz kol. Kopczyński.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu ostatniego posiedzenia, kol. sekretarz odczytuje nadesłane korespondencye.

2) Omawiano nagłe gospodarcze sprawy Towarzystwa.

IV. Ogólne miesięczne zebranie 17. V. Z powodu niedostatecznej liczby członków nie odbyło się.

V. Ogólne miesięczne zebranie d. 21. VI. Obecnych 9 członków. Przewodniczy kol. Daszewski, sekretarz kol. Kopczyński.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu ostatniego posiedzenia odczytano nadesłaną korespondencyę.

2) Kol. Kosieradzki odczytał pierwszą część swej pracy p. t.: **O patogenezie nerwic**, a mianowicie o patogenezie neurastenii i nerwicy lękowej.

3) Kol. prezes zaznaczywszy, że posiedzenie dzisiejsze jest ostatniem przed feryami letniemi, zaproponował kolegom podczas paromiesięcznej przerwy obmyślić tematy nowych prac dla przyszłych zebrań Towarzystwa. Prócz tego, wychodząc z założenia, że dzisiaj obok metody leczniczej coraz więcej ma znaczenia metoda zapobiegawcza, zachęcał kolegów do wygłoszenia pod egidą Towarzystwa publicznych odczytów, mających na celu popularyzacyę wiedzy lekarskiej i higieny wśród szerokich warstw społeczeństwa.

Sekretarz A. Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego«, Prof. Dr Stanisław Ciechanowski, wyjechał na ferye; zastępuje go w czynnościach redakcyjnych Prof. Dr K. W. Majewski (ul. Dunajewskiego 6).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. VIII. do 16. VIII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (obcych 1 † —), krztuśca 9 † 1, ospy wietrznej —, płonicy 14 † 2 (6 † 1), odry 31 † —, duru brzusznego 1 † 1 (1 † —), czerwonki 8 † 1 (4 † —).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Wychowańcy b. Szkoły głównej ofiarowali Towarzystwu naukowemu warszawskiemu 26.000 rb., jako fundusz wieczysty na badania i prace naukowe.

— Towarzystwo lekarskie siedleckie zorganizowalo zbiorową wycieczkę do Warszawy, która zwiedziła szpitale i miejskie urządzenie sanitarne. Donosząc o tem, zachęca »Gazeta lekarska« (33) inne Towarzystwa lekarskie prowincyonalne do podobnych wycieczek.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 4. VIII. do 11. VII. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 6 † 1, duru wysypkowego — † —, róży —, czerwonki 10 † 1, duru brzusznego 1. Dr Trenkner.

Mianowani: dermatolog prof. Zumbusch z Wiednia profesorem w Monachium; Dr Brukner profesorem histologii w Bukareszcie; Dr van der Hoeve profesorem okulistyki w Gröningen.

Zmarli: Dr Walenty Kretowicz, wieloletni lekarz w Karlsbadzie, w 72 r. ż. w Gorlicach; Dr Jan Biron w Warszawie w 52 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LII. Kraków, dnia 30. sierpnia 1913. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu farmakologii doświadczalnej Uniw. lwowskiego. (Dyrektor Prof. Dr L. Popielski).

O jadowitych własnościach narządów

podał

Dr. Fr. Czubalski.
asystent zakładu.

I.

Zagadnienie jadowitości narządów jest jednem z najwięcej pociągających w całej fizyologii i patologii ludzkiej. Z pojęciem o jadowitości narządów łączy się pogląd, że w pewnych warunkach jadowite ciała narządów mogą się przedostawać do krwi i wywoływać zatrucie. Jest to więc objaw samozatrucia ustroju, — pogląd, tak bardzo podtrzymywany w patologii. Kiedy obecnie stanęła na porządku dziennym nadwrażliwość (anafilaksya), zaczęto utożsamiać objawy wstrząsu anafilaktycznego z działaniem wyciągów z narządów i w ten sposób szukać przyczyny wstrząsu anafilaktycznego w jadowitych ciałach narządów. Istotnie w wyciągach z narządów zostało znalezione ciało [Popielski [1]), Modrakowski [2]), Studziński [3]), Czubalski [4])], nazwane przez Popielskiego wazodylatyną, które przy wprowadzeniu do krwi wywołuje objawy, identyczne z objawami wstrząsu anafilaktycznego: obniżenie ciśnienia i niekrzepliwość krwi. Objawy te zostały poddane dokładnej analizie fizyologicznej, która cały ten złożony obraz sprowadzała do dwu zasadniczych zjawisk, a mianowicie: obniżenia parcia i niekrzepliwości krwi.

W przypadkach, w których ciśnienie krwi pod wpływem wazodylatyny w postaci wyciągu z narządów, peptonu Witte lub produktów trawienia innych ciał białkowych (kazeiny, owalbuminy) obniża się do zera, następuje śmierć w ciągu kilku minut, a niejednokrotnie w ciągu półtorej do dwóch minut przy objawach początkowo drgawek, a następnie zupełnej prostracyi, wywołanych niedokrwieniem mózgu. Mechanizm jadowitego działania narządów jest w tych przypadkach zupełnie jasny. Znamy dobrze ciało wywołujące śmierć, jak również znamy dokładnie wszystkie objawy, towarzyszące śmierci. Oprócz jednak tego mechanizmu jadowitego działania narządów istnieje drugi, opisywany przez cały szereg autorów (Cesa Bianchi [5]), Dold, Ogata [6]), Champy i Gley [7]), Roger [8]), Izar [9]), Aronson [10]) i inni).

Autorzy ci wyraźnie wskazują, że w ich doświadczeniach występują w naczyniach krwionośnych rozległe skrzepy, objaw wręcz przeciwny niekrzepliwości krwi, rozwijającej się pod wpływem wazodylatyny. Należało więc wyjaśnić, dlaczego jedne i te same narządy dają dwa tak odmienne obrazy działania. Przedewszystkiem zwraca uwagę fakt, podkreślony przez Popielskiego, że wazodylatynę otrzymuje się z narządów dokładnie roztartych, albo soków wyciśniętych z narządów. Popielski mówi, że dla otrzymania wazodylatyny należy zmiażdżyć, rozetrzeć narząd, aby rozerwać, uszkodzić komórki, w których znajduje się wazodylatyna. Jeżeli narząd pokrajać na mniej lub więcej duże kawałki i następnie zalać kwasem solnym, albo zagotować z wodą, to wazodylatyny nie otrzymujemy. Tymczasem wyżej wspomniani autorzy przygotowywali wyciągi na 0,9% NaCl w ten sposób, że narządów nie miażdżyli, ale krajali na duże kawałki. Otrzymany w ten sposób mętnawy, krwawy płyn bez uprzedniego gotowania lub jakiegokolwiek obrobienia chemicznego wprowadzali do krwi zwierzętom (przeważnie królikom) i badali zachowanie się zwierząt. Okazało się, że takie wyciągi przyspieszają nadzwyczajnie krzepliwość krwi, wprowadzone w odpowiednio dużej dawce wywołują w ciągu jednej do dwóch minut obfite skrzepy w naczyniach krwionośnych i wywołują przez to śmierć zwierzęcia. Wobec

[1]) Popielski. Ueber d. phys. Wir. von Extr. Archiv. f. d. ges Physiologie. Bd. 128, 1909 i Popielski und Panek, Chem. Untersuch, ueber das Vasodilatin. Tamże, Bd. 128.

[2]) Modrakowski. Ueber die Identität des blutdr. Kör. m. d. Vasod. Arch. f. die ges. Physiol. Bd. 133, 1910.

[3]) Studziński. Ueb. d. d. Blutdr. herb. Wirk. der Neb. Arch. für exp. Path. u. Phar. Bd. 65. 1911.

[4]) Czubalski. Ueb. d. Einf. des Darm. Arch. f. d. g. Physiologie. Bd. 121, 1908, oraz Ueb. d. Einf. von Curare. Arch. f. d. g. Physiol. Bd. 133, 1910.

[5]) Cesa Bianchi. Pathologica. T. 3, oraz Arch. ital. de biologie. T. 58. F. II, 1912, str. 187.

[6]) H. Dold i Sagio Ogata. Weiter. Stud. ueb. d. wäss. Org. Zeitschr. f. Immunitätsfor. B. 13, H. 6. str. 667.

[7]) Chr. Champy et E. Gley. C. r. Soc. biol. T. 70. 1911.

[8]) Roger. Toxic. des extr. pulm. Archives de méd. expérim. et d'anat. pathol. Nr 1. 1911.

[9]) G. Izar. Zur Kennt. d. tox. W. norm. Org. Zeitschrift f. Immunitätsfor. Bd. 16. 5—6 H. 1913.

[10]) Hans Aronson. Ueb. d. Giftw. norm. Org. und Muskelextr. Berl. kl. Woch. Nr 6. 1913.

tak różnego działania wyciągów z narządów, odpowiednio do różnego ich przygotowania, należało jeszcze raz zbadać dokładnie całą sprawę jadowitości narządów.

Badania swoje przeprowadziłem na 10 królikach i 5 psach. Wyciągi przygotowywałem z płuc wołu, królików i psów. Zwykły sposób przyrządzania wyciągu polegał na tem, że świeże płuco, pokrajane na średniej wielkości kawałki, zalewałem rozczynem fizyologicznym NaCl w stosunku 1:1; po 16—20 godzinach płyn zlewałem i wprowadzałem do krwi zwierzęcia. Należy tu odrazu zaznaczyć, że działający wyciąg otrzymujemy dopiero przy wyciąganiu dłuższem niż dwie godziny. Zatrzymam się najpierw na działaniu wyciągów na króliki.

Ponieważ zachowanie się królików przy śmiertelnych dawkach wyciągu było we wszystkich przypadkach jednakowe, przeto, żeby uniknąć powtarzania się, opiszę dokładnie jedno tylko doświadczenie, resztę zaś doświadczeń umieszczę w krótkości w tablicy I.

Doświadczenie z 13. V. 1913 r.

Królik wagi 2600 gr. Lewa tętnica szyjna połączona z kimografionem.

4 h 50′ — Wprowadzono do żyły szyjnej (v. jugularis) 10 c. sz. wyciągu z płuc wołu.
„ 50′ 21″ — skrzep w kaniulce połączonej z kimografionem
„ 50′ 45″ — królik się rzuca
„ 51′ 03″ — królik oddaje mocz i kał
„ 51′ 14″ — królik krzyczy
„ 51′ 23″ — źrenice rozszerzone ad maximum
„ 51′ 37″ — ciężki głośny oddech
„ 52′ 40″ — odruchy rogówkowe zniesione, brak oddechów.

Sekcya: Serce pracuje. W żyle głównej dolnej, żyle wrotnej i w żyłach płucnych duże skrzepy; w głównej górnej skrzepy pływające, częściowo krew płynna.

Przytoczone objawy: rozszerzenie źrenic ad maximum, drgawki, oddawanie moczu i kału przy zachowanej czynności serca wskazują niezbicie, że królik zginął z powodu zaduszenia. Przyczyną zaduszenia są rozległe skrzepy w żyłach, uniemożliwiające obieg krwi.

Należało dalej roztrzygnąć, czy ciała jadowite przechodzą do wyciągu z samej tkanki narządu, czy też ze znajdującej się w nim krwi, względnie limfy. W tym celu jeden płat płuca wołu jak najdokładniej przepłukałem wodą przez kaniulkę, wstawioną do żyły płucnej. Po przepłukaniu płuco było zupełnie białe. Z tego płuca zrobiłem w zwykły sposób wyciąg i wprowadziłem 10. V. 1913 r. do żyły królikowi wagi 3 kg. w ilości 10 c. sz. Po 2′—3′ wśród zwykłych objawów nastąpiła śmierć. Na sekcyi znaleziono liczne i duże skrzepy w żyłach.

Z faktu tego wynika, że ciało jadowite w wyciągach nie pochodzi z krwi. Następnie okazało się, że zagotowanie niszczy jadowite działanie wyciągów. Szczególnie ważną jest rzeczą, że po skłóceniu wyciągu z kaoliną, ze sproszkowanym węglem zwierzęcym, łojkiem (talcum), jadowitość ich ginie. Po przejściu przez sączek Berkefelda działanie wyciągów jest znacznie osłabione. Również wyciąg na N/10 HCl z pokrajanych płuc nie zabija królika. Natomiast długotrwałe wstrząsanie z granatkami, piaskiem, krochmalem ziemniaczanym i ryżowym, oraz sernikiem nie niszczy jadowitości wyciągu. Wyciąg, trzymany na lodzie nawet w ciągu 96 godzin, również nie traci na jadowitości.

TABLICA I.

Zwierzę doświadczalne	Wprowadzono do krwi	Działanie na królika
1) 6. V. 1913. królik 2550 gr.	10 c. sz. wyciągu z płuc z królika po 2-godzinnem wyciąganiu	królik żyje
2) 7. V. 1913 królik 2500 gr.	10 c. sz. wyciągu z płuc królika po 20-godzinnem wyciąganiu	+
3) 10. V. 1913 królik 3000 gr.	10 c. sz. wyciągu z płuc przepłukanych do białości	+
4) 13. V. 1913 królik 2600 gr.	1) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu z kaoliną	królik żyje
	2) 10 c. sz. wyciągu z płuc, przygotowanego na kwasie solnym	królik żyje
	3) 10 c. sz. zagotowanego wyciągu z płuc na NaCl	królik żyje
	4) 10 c. sz. wyciągu z płuc przepłukanych do białości (wyciąg stał na lodzie 96 godzin).	+
5) 14. V. 1913 królik 1900 gr.	1) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu z węglem zwierzęcym	królik żyje
	2) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu z łojkiem	królik żyje
	3) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu ze skrobią ziemniaczaną	+
6) 14. V. 1913 królik 2500 gr.	1) 10 c. sz. wyciągu z płuc, gotowanych w kawałkach przez 2′—4′	królik żyje
	2) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po przepuszczeniu przez sączek Berkefelda	królik żyje
	3) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu z granatkami i piaskiem	królik się niepokoi, rzuca, wreszcie się uspokaja i żyje
	4) 10 c. sz. wyciągu z płuc	dopiero po 8′ +
7) 21. V. 1913 królik 2600 gr.	10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu z granatkami i piaskiem	po 2′ +
8) 21. V. 1913 królik 2000 gr.	1) 9 c. sz. zagotowanego wyciągu z płuc	królik żyje
	2) 9 c. sz. wyciągu z płuc po wstrząsaniu z węglem zwierzęcym	królik żyje
	3) 9 c. sz. wyciągu z płuc, po dwukrotnem pięciominutowem wstrząsaniu ze skrobią ryżową	+
9) 27. V. 1913 królik 2500 gr.	1) 12 c. sz 5% peptonu Witte	królik żyje
	2) po 2′ 40″ wprowadzono 10 c. sz. wyciągu z płuc	+

Ponieważ śmierć królika po wprowadzeniu świeżych wyciągów z narządów następuje z powodu skrzepów powstałych za życia w naczyniach, przeto ciekawą było rzeczą, jaka będzie jadowitość wyciągów, jeżeli poprzednio królikowi wprowadzimy do krwi ciała, zmniejszające krzepliwość krwi. Do takich doświadczeń używali Dold i Ogata [1]) hirudyny, przez której uprzednie wprowadzenie zabezpieczali zwierzęta od jadowitego działania wyciągów. W moich doświadczeniach pepton Witte, który jak wiadomo nie wywołuje niekrzepliwości krwi u królików, nie znosił wbrew twierdzeniu Aronsona zabójczego działania wyciągu z płuc. Przytoczę tutaj doświadczenie z dnia 27. V. 1913 r.

Królik wagi 2500 gr. Lewa tętnica szyjna połączona z kimografionem. Z prawej tętnicy biodrowej brano krew. Do żyły szyjnej wprowadzano ciała.

Krew prawidłowa wzięta do próbówki krzepnie po 6′ 30″.
12 h 29′ 50″ — wprowadz. 12 c. sz. 5 % peptonu Witte
12 h 32′ 30″ — wprowadz. 10 c. sz. wyciągu z płuc
12 h 35′ — — śmierć królika wśród zwykłych objawów.
Przy sekcyi znaleziono ogromne skrzepy w naczyniach żylnych płuc, w obu żyłach głównych i w żyle wrotnej.

Fakt spostrzeżony przez Aronsona, że jadowity wyciąg w mieszaninie z 5 c. sz. 10 % peptonu Witte traci swoje działanie, da się wytłumaczyć zmniejszeniem koncentracyi wyciągu przez dodanie do niej pewnej ilości peptonu Witte. W doświadczeniach swoich na królikach zauważyłem zjawisko, podawane także przez innych autorów. Zjawisko to polega na tem, że przez wprowadzanie do krwi wyciągów z osłabioną jadowitością można królika uodpornić przeciwko wyciągom, zabijającym w tej samej dawce króliki kontrolne. Jest to więc zjawisko uodpornienia, przez francuskich autorów zwane »skeptophylaxie« lub »tachyphylaxie«.

Doświadczenie z dnia 14. V. 1913 r.

Królik wagi 2500 gr.
6 h 02′ 01″ — wprowadz. do żyły szyjnej 10 c. sz. wyciągu z płuc po przesączeniu przez sączek Berkefelda.
Królik zachowuje się zupełnie prawidłowo.
6 h 24′ — wprowadz. 10 c. sz. wyciągu z płuc po wstrząsaniu z granatkami i piaskiem.
Królik się wyraźnie niepokoi, potem się uspakaja i zachowuje się zupełnie prawidłowo.

Doświadczenie z dnia 21. V. 1913 r.

Królik wagi 2600 gr.
11 h 04′ — wprowadz. do żyły szyjnej 10 c. sz. wyciągu po wstrząsaniu z granatkami i piaskiem.
11 h 06′ — 11 h 07′ — śmierć królika przy zwykłych objawach; przy sekcyi duże skrzepy w naczyniach żylnych płuc, w obu żyłach górnych i w żyle wrotnej.

W doświadczeniu z 14. V. królik został uodporniony przez mało jadowity wyciąg, przepuszczony przez sączek Berkefelda względem wyciągu o zwyczajnej jadowitości, jak to wykazuje doświadczenie z 21. V.

Wspomnę tutaj jeszcze o wpływie tych wyciągów na ciśnienie krwi. W większości przypadków ciśnienia krwi nie można było oznaczyć wskutek szybkiego wytwarzania się skrzepów w kaniulce, połączonej z kimografionem. Tam jednak, gdzie okres krzepnięcia był dłuższy, można było spostrzedz u królików skłonność do spadku ciśnienia. W doświadczeniu np. z 7. V. 1913 r. ciśnienie krwi u królika wagi 2500 gr. po wprowadzeniu 10 c. sz. wyciągu z płuc do żyły szyjnej spadło w ciągu 33″ z 66 mm słupa Hg do 42 mm.

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Dold u. Ogata — Zeit f. Immunitätsfor. B. 14, 1 Heft str. 138. 1912 r.

Z kliniki chorób wewnętrznych Wszechnicy Kazańskiej. (Dyrektor Prof. Dr Witold Orłowski).

W sprawie patogenezy rzucawki opłucnej przy wytwarzaniu sztucznej odmy piersiowej

Podali

Prof. Dr **Witold Orłowski** i asyst. klin. Doc. Dr **L. Fofanow.**

(Dokończenie).

Przechodzimy teraz do rozpatrzenia, jaką drogą mógł powstać u naszej chorej zator gazowy. Tu mogą być dwie możliwości, mianowicie, ostrze igły mogło trafić do naczynia krwionośnego, lub azot utorował sobie drogę do układu krwionośnego innym sposobem. Co do tej drugiej możliwości, to przedostawanie się azotu do naczyń krwionośnych mogło zajść w razie rozerwania się zrostów opłucnych i przechodzących w tych zrostach naczyń, lub przez przechodzenie azotu z jamy, w której on się znajdował pod wysokiem ciśnieniem, do światła naczyń ściany klatki piersiowej w razie ich zranienia przy przechodzeniu igły przez klatkę piersiową (przypadek Zinka ([11]); musimy wreszcie przypomnieć pouczające spostrzeżenie, które przytacza Brauer ze Spenglerem ([3]) (spostrz. XVII), gdzie zator gazowy powstał wskutek przedostawania się do naczyń krwionośnych płuc powietrza ze zranionych igłą pęcherzyków płucnych. Brak wszelkich bólów podczas wprowadzania azotu u naszej chorej, wskazania manometru i prawie 3-tygodniowe istnienie ograniczonej odmy sztucznej w miejscu wprowadzania azotu, — wszystkie te dane nie pozwalają przyjąć u naszej chorej powstania zatoru przez przedostawanie się azotu z jamy opłucnej w pęknięte naczynia zrostów lub zranione naczynia ściany klatki piersiowej, a to tembardziej, że chorą przez dłuższy czas poddawaliśmy sztucznemu oddychaniu, podczas którego uciskaliśmy silnie klatkę piersiową, co doprowadziłoby do zupełnego ustąpienia odmy, jeślibyśmy w naszym przypadku mieli omawiany mechanizm powstania zatoru gazowego.

Przechodząc do powstania zatoru gazowego drogą, która wchodziła w grę w spostrzeżeniu XVII Brauera ze Spenglerem, zaznaczymy przedewszystkiem, że mechanizm taki wymaga współdziałania kilku czynników, mianowicie zranienia tkanki płucnej igłą, zrostów płuca z klatką piersiową i forsownego oddychania. W razie skojarzenia tych czynników łatwo może dojść do rozerwania się tkanki płucnej, uszkodzonej igłą, a w następstwie tego powietrze z pęcherzyków płucnych może uledz aspiracyi do jakiejkolwiek żyły płucnej, która, będąc otoczona naciekłą tkanką płucną, utraciła właściwość zapadania się. Tą więc drogą może powstać zator gazowy. Ponieważ jednak nasza chora

przez cały czas wytwarzania odmy leżała zupełnie spokojnie, nie kaszlała i oddychała równomiernie, to przyjąć tu takiego mechanizmu powstania zatoru gazowego nie możemy.

Wobec tego musimy rozważyć, czy nie zraniliśmy ostrzem igły jakiegoś naczynia krwionośnego. Dla zabezpieczenia się od tego przed wprowadzeniem azotu, po wprowadzeniu pierwszych 50 cm^3 i wreszcie przed wydobyciem igły przekonywaliśmy się za każdym razem zapomocą ochronnej igły, czy ostrze igły nie trafiło do światła naczynia krwionośnego. Nie uznając możliwości powstania zatoru gazowego tą drogą, odrzucając wszystkie wyżej podane sposoby, musieliśmy wobec ujemnych wyników poszukiwań znów zadać sobie pytanie, czy nie należałoby raczej odrzucić zatorowego pochodzenia napadów, czy nie należałoby raczej uznać zgodnie z Forlaninim, odruchowo opłucnej ich genezy. Uwzględniając jednak te dane, które wyżej już przytoczyliśmy, jako stanowczo przemawiające przeciwko odruchowemu pochodzeniu rzucawki opłucnej, nie możemy przyjąć tego u naszej chorej, a to tembardziej, że sama opłucna u naszej chorej po stronie lewej jest bezwątpienia znacznie zmieniona, przez co trudno wogóle oczekiwać z jej strony ciężkich objawów odruchowych. Gotowi jesteśmy raczej zadać sobie pytanie, czy istotnie otrzymaliśmy u chorej ograniczoną odmę piersiową, czy innemi słowy istotnie ostrze igły znajdowało się w jamie opłucnej. Na te rozważania naprowadza nas spostrzeżenie Nr 17, przytoczone przez Brauera i Spenglera; w tym przypadku bardzo doświadczony lekarz był przekonany, że ostrze igły znajdowało się w jamie opłucnej, która, jego zdaniem, była ograniczona i nieduża, jak to było i w naszym przypadku; na podobieństwo tego, cośmy spostrzegali u naszej chorej, i w tamtym przypadku manometr wykazywał nieznaczne ujemne ciśnienie z niedużemi wahaniami oddechowemi, wreszcie, po wprowadzeniu azotu w odpowiedniem miejscu można było wykazać »verstärkte Tympanie«; tymczasem, gdy chora podczas drugiego wprowadzania azotu w 5 dni po pierwszem nagle umarła wśród objawów rzucawki opłucnej, która okazała się przy badaniu zwłok skutkiem zatoru gazowego, to wykryło się, że w miejscu ukłucia igły opłucne ścienna i płuc były zupełnie zrośnięte, wskutek czego odma powstać nie mogła: pasmo »wzmożonego odgłosu bębenkowego« zależało, jak przypuszcza i sam autor, oczywiście od przylegania rozdętego żołądka. W naszym przypadku nie możemy jednak przyjąć tej możliwości, ponieważ otrzymaliśmy niezaprzeczalną ograniczoną odmę piersiową, która, jak wynika z podanej historyi choroby, przetrwała prawie 3 tygodnie.

Dla wytłómaczenia powstania u naszej chorej zatoru gazowego pozostaje nam tylko przypuszczenie takie, że pomimo niewątpliwego wprowadzenia azotu do ograniczonej jamy opłucnej, w jakąś chwilę przed ukończeniem wprowadzania gazu niespostrzeżenie ostrze igły wbiło się w tkankę płuca i, uszkodziwszy którekolwiek z jej naczyń, wprowadziło do niego pewną ilość azotu. Chwili tej jednak, gdy badaliśmy, gdzie się znajduje ostrze igły, nie potrafiliśmy uchwycić. Co prawda przez cały czas wytwarzania odmy piersiowej nie odczuwaliśmy koniuszkiem igły żadnego oporu, co wskazywałoby na to, że ostrze igły trafiło do tkanki płucnej, jak to czytamy w spostrzeżeniach Brauera i Spenglera Nr 15 i 16 powikłanych zatorem gazowym. Spostrzeżenie Nr 17 przytoczone przez tychże badaczy, wykazuje jednak, że nie zawsze możemy na mocy danych odczuwania orzec, gdzie w danej chwili znajduje się koniuszek igły. To samo dowodzi jedno z następnych naszych spostrzeżeń, które potwierdza jednocześnie słuszność przed chwilą wygłoszonego przypuszczenia co do powstania obrazu zatorowego u naszej chorej A. M. Mianowicie, u jednego z naszych chorych z silnymi zrostami opłucnymi, które szły od opłucnej ościennej do opłucnej płuca, gdy podczas dwunastego wdmuchiwania azotu wprowadziliśmy do jamy opłucnej 500 cm N, wahania oddechowe na manometrze nagle znikły, a ciśnienie, które przedtem było dodatniem, odrazu spadło do zera. Wdmuchiwania azotu zaprzestaliśmy i poddaliśmy chorego natychmiast badaniu promieniami Röntgena. Okazało się, że, wbrew naszym oczekiwaniom, niespostrzeżenie dla siebie po wprowadzeniu 500 cm azotu przesunęliśmy igłę nieco głębiej i jej ostrzem trafiliśmy do jednego z zaznaczonych wyżej zrostów opłucnej, co jednak odczuć igłą nie mogliśmy. Jeśli w tym przypadku nie przerwalibyśmy dalszego wprowadzania azotu, kto wie, może przeżylibyśmy drugi przypadek »rzucawki opłucnej«.

Ze wszystkiego, cośmy powiedzieli, oczywistem jest, jak trudno w każdym poszczególnym przypadku rozstrzygnąć, w jaki sposób powstał zator gazowy, który wiedzie do obrazu klinicznego, zależnego, zdaniem Forlaniniego, od odruchu opłucnego, a zdaniem Brauera, właśnie od zatoru naczyń mózgowych. Dziwić się temu zresztą nie można, jeśli uprzytomnić sobie, że czasami nie wyświetla mechanizmu powstania zatoru gazowego nawet badanie zwłok. Na dowód zwracamy uwagę na spostrzeżenie 18 Brauera ze Spenglerem, w którem badanie zwłok chorej, zmarłej wśród objawów »rzucawki opłucnej«, wykryło w naczyniach włosowatych mózgu mnóstwo drobniutkich pęcherzyków gazowych, jednakże nie powiodło się wykryć drogi przedostania się ich do mózgu.

Zbierając wszystko, cośmy wyżej podali, dochodzimy do wniosku, że całokształt objawów, nazywany przez Forlaniniego »zupełną rzucawką opłucną«, nie może być tłómaczony odruchem z opłucnej na mózg i serce, lecz zależy od zatoru mózgowego, którego mechanizm powstania niezawsze możemy poznać nietylko za życia, lecz i przy badaniu zwłok. O ile w powstawaniu tego obrazu mogą w poszczególnych przypadkach odgrywać rolę czopki skrzepów z naczyń krwionośnych uciskanego azotem płuca, orzec tymczasem nie można. Dla rozwiązania tego zagadnienia są niezbędne dokładne badania anatomopatologiczne chorych, którzy zginęli wśród objawów »rzucawki opłucnej«. Lecz i dziś już możemy twierdzić, że mechanizmu zatoru organicznego nie można uznać w przypadkach o nader groźnym początkowym obrazie klinicznym i z następowem szybkiem przywróceniem stanu przednapadowego, chociażby nawet i z bardzo małym ubytkiem. Przypadki takie mogą być tylko wynikiem zatoru gazowego. Przytaczane przez Forlaniniego dla udowodnienia słuszności jego poglądu na »rzucawkę opłucną« przypadki »niewątpliwie« odruchowego jej powstania, jak również spostrzeżenia Sundberga, uważamy za zupełnie chybione, ponieważ te spostrzeżenia noszą cechy niezaprzeczalnego napadu organiczno-

mózgowego, przedstawiając pod tym względem zupełną analogię z naszem spostrzeżeniem.

Nie uznając odruchowej przyrody »zupełnych« postaci »rzucawki opłucnej«, nie odrzucamy jednak możliwości odruchowego pochodzenia poronnych jej postaci. Taką genezę mogą mieć skurcz głośni (spostrz. 29 Brauera i Spenglera), zwolnienie tętna (Spengler) ([12]), zawroty głowy, kaszel, zblednienie twarzy i t. d. Na korzyść tego zapatrywania można przytoczyć szereg ogólnie znanych faktów, np. powstanie napadu kaszlu w zapalnym okresie zapalenia opłucnej przy silnem naciskaniu na międzyżebrza i t. d. Pod tym względem nie możemy przyłączyć się do poglądu Brauera, który twierdzi, że tylko znaczniejsze podrażnienia opłucnej mogą wywołać z jej strony objawy odruchowe. Uwzględniając fakta, dotyczące odruchów w innych dziedzinach ustroju, trzymamy się tego zdania, że już samo nakłucie opłucnej, znajdującej się w stanie zapalnym, może, zwłaszcza u osób nerwowych, wywołać niektóre objawy odruchowe, lecz nie ciężkie objawy nerwowe o cechach ogniskowych porażeń mózgu (porażenie połowicze i t. d.). Nie odrzucając możliwości odruchowego pochodzenia niektórych poronnych i niezupełnych (jak mówiliśmy, ścisłej granicy między nimi Forlanini nie przeprowadza) postaci »rzucawki opłucnej«, uważamy jednocześnie za rzecz słuszną przyjąć zależność od zatoru gazowego niedużą ilością gazu takich jej przejawów, jak szybko przemijająca ślepota, krótkotrwające uczucie ciężaru w jednej kończynie, lekkie przyćmienie przytomności i inne, których powstanie jest zupełnie zrozumiałe z punktu widzenia krótko trwającego zatoru naczyń niektórych odcinków mózgu.

Piśmiennictwo. 1) Forlanini. Zur Behandlung der Lungenschwindsucht durch künstlich erzeugten Pneumothorax. Deutsche med. Woch. 1906, Nr 35; Die Indicationen und die Technik des künstlichen Pneumothroax bei der Behandlung der Lungenschwindsucht. Therapie der Gegenw. 1908, Nr 11—12; Apparate und Operationstechnik für den künstlichen Pneumothorax. Deutsche med. Woch. 1911, Nr 50—51; Die Behandlung der Lungenschwindsucht mit dem künstlichen Pneumothorax. Ergebn. inn. Med. Kinderheilk. 1912, t. IX. — 2) Saugman: Behandlung der Lungentuberkulose mittels künstlicher Pneumothoraxbildung. Beihefte zur med. Klinik. 1911, Heft 4.— 3) Brauer und Spengler. Erfahrungen und Ueberlegungen zur Lungenkollapstherapie. Beiträge z. Kl. der Tuberk. t. XIV, 1909; t. XIX, 1911; Brauer, Jahresber. f. ärztl. Fortbildung 1910. Ueber arterielle Luftembolie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1912, B. 45, 11 4—6. — 4) Schmorl. Zur Lehre von Eklampsie. Archiv f. Gynäk., t. 65, str. 504 i nast.; Untersuchungen über Puerperaleklampsie. Leipzig 1893 i Eklampsie ohne Krämpfe, Münch. med. Woch. 1908, str. 363. — 5) Seitz. Zur Klinik, Statistik und Therapie der Eklampsie. Archiv f. Gynäk. 1909, t. 87. — 6) Jürgens. Berliner klin. Woch. 1886, Sitzung der Berl. med. Gesellschaft 7. VII. 1886, obrady nad wykładem R. Virchowa: »Ueber Fettembolie und Eklampsie.« — 7) Lubarsch. Ergebnisse d. allg. Path. u. path. Anat. 1895. — 8) Konstantinowitch. Beitrag zur Kenntniss der Leberveränderungen bei Eklampsie. Ziegler's Beiträge zur pathol. Anat. 1907, t. 40. — 9) Weichardt und Piltz. Experimentelle Studien über die Eklampsie. Deutsche med. Woch. 1906, Nr 46. — 10) Heller, Mager i v. Schrötter. Ueber arterielle Luftembolie. Zeitschr. f. klin. Med. 1897, t. 32, Suppl. — 11) Weselitskij. Porażenia centralnoj nerwnoj sistemy pod wlijaniem wozdusznych dawlenij, prewyszajuszczych atmosfernoje. Kesonnaja boleźń. Newrołog. Wiestnik 1912, t. XIX. — 12) Spengler. Der Ablauf der Lungentuberkulose unter dem Einflusse des künstlichen Pneumothorax. Korresp.-Blatt für Schw. Aerzte 1909, Nr 23. — 13) Zink. Brauers Beiträge z. Kl. der Tuberk. 1913, t. 25. — 14) Hansen. Przytaczam podług Sundberga. — 15) Sundberg. Drei Todesfälle mit künstlichen Pneumothorax. Breuers Beiträge z. Kl. der Tuberkulose 1913, t. 26. — 16) Meyer-Wirz. Klinische Studien über Eklampsie. Archiv für Gynäkologie 1904, t. 71. — Reinecke. Ueber Eklampsie ohne Krämpfe. Centralblat für Gynäkologie 1908, Nr 8. — 18) Liepmann. Münch. med. Wochenschrift 1905, Nr 51, str. 2489. — 19) Esch. Münch. med. Woch. 1906, Nr 15, str. 629 i Centralblat f. Gynäkologie 1905, Nr 10.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

W cukrzycy można zapomocą podawania swoistych fermentów, rozkładających węglowodany, zmniejszyć cukromocz, przyczem działanie takich fermentów można wzmocnić przez dodatek innych nieswoistych fermentów. Na tej zasadzie zaleca Schnée podawać w cukrzycy kłaczyki »fermocylowe«, zawierające właśnie taką mieszaninę fermentów. Schnée zebrał w 4 przypadkach cukrzycy co do termocylu doświadczenia bardzo zachęcające, podając dziennie 3—4 kołaczyki. W jednym przypadku leczenie to przy podawaniu dziennie 180 gr. węglowodanów obniżyło cukromocz z 1,2% na 0,16%, w 2 przypadkach czyrakowatości wywołało po dwu tygodniach znaczną poprawę. (Zentr. f. inn. Med. 1912, 32). V. U.

Luminal, związek należący do grupy mocznika, okazuje się według mnogich już badań dobrym lekiem nasennym. Noehte (Reichs. Med. Anz. 1913, 3) zaleca jednak stosować go zrazu ostrożnie, poczynając u chorych wątłych (gruźlica i t. d.) od dawki 0,1. U chorych takich może w razie istniejącego nieżytu oskrzeli usposabiać luminal do powstawania zapaleń płuc. Istnieją także przypadki idyosynkrazyi wobec luminalu, objawiające się wystąpieniem osutki, która jest wskazówką zatrucia w poważnym stopniu. Między innymi opisuje taki przypadek König (Berl. klin. Woch. 1912, 40). Oprócz działania nasennego wywiera luminal w podnieceniach (u umysłowo chorych) wpływ uspokajający: stąd według Benedeka (Wiener klin. Woch. 1912, 42) można go użyć zamiast przetworów bromu. Zaletą luminalu jest także to, że koi bole. B.

Protargol stosował Sitzler w postaci zasypki na rany nieczyste, ropiejące, zwłaszcza przy zakażeniu prątkiem ropy błękitnej, z wynikiem bardzo dobrym. (Berl. kl. Woch. 1912, 40).

Pellidol i **azodolen** są to związki, pochodne amidoazotoluolu, podobnie jak szkarłat R i podobnie jak on pobudzające nabłonek do rozrostu. Nad szkarłatem mają one jednak tę wyższość, że nie farbują i że w zwykłych zaprawach maści bardzo łatwo się rozpuszczają. Maść pellidolową stosował Hoffa u osesków z bardzo dobrym wynikiem w przypadkach otrętu (intertrigo) w postaci maści 2%. Azodolen (mieszanina pellidolu z jodolenem) nie posiada nad pellidolem żadnej wyższości. (Deutsche med. Woch. 1913, 25). Haass poleca pellidol; azodolen w przypadkach wypryskowych zmian oka (Wochenschr.). Ther. u. Hyg. des Auges 1913, 40). Kl.

Poronne leczenie wiewióra udaje się według Lilienthala i Kohna zapomocą protargolu, jeżeli objawy podmiotowe nie trwały ponad dobę, jeżeli niema powikłań, a wypływ z cewki jest skąpy. Celem leczenia poronnego wstrzykuje się przez trzy dni 3 razy dziennie do przedniej części cewki na 4 minuty 8 cm. sz. 4—5% roczczynu protargolu. W połowie swych przypadków spostrzegali L. i K. już w czwartym dniu ustąpienie wszystkich objawów. (Med. Klinik. 1913, 7). B.

Ristin jako lek przeciw świerzbowi stosowali z dobrym wynikiem Treitel (Ther. der Gegenw. 1913, 2) i Moses (Mediz. Klinik. 14), Ristin jestto 25% roczczyn będźwinowego estru etylenglikolu w alkoholu z gliceryną. Stosuje się go w postaci wcierań w zajęte chorobą części przez 3 do 4 dni z rzędu. B.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 25. V. 1913 r.

I. Uchwalono przesłać życzenia pomyślnego rozwoju Towarzystwu Lekarskiemu, świeżo powstałemu w Piotrkowie.

II. Kol. Biegański w krótkiem wspomnieniu pośmiertnem skreślił zasługi naukowe ś. p. kol. Czajkowskiego z Sosnowca. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie z miejsc. Kol. Bogucki, Nowacki i Wasilewski przyrzekli wziąć udział w pogrzebie w charakterze delegatów Towarzystwa.

III. Kol. Wasilewski przedstawił chorą **z cierpieniem ogniskowem móżdżku**. Choroba rozpoczęła się nagle przed 2 miesiącami silnym zawrotem głowy. Od tego czasu, oprócz zawrotów głowy, chód znacznie utrudniony. Odżywienie złe, ciepłota i tętno prawidłowe. W narządach wewnętrznych niema nic szczególnego. Białka i cukru w moczu niema. Niema porażeń, zaników mięsnych i rdzenia. Odruchy kolanowe bardzo wzmożone. Chód bardzo utrudniony, zbliżony do móżdżkowego. W zakresie czucia skórnego niezupełnie prawidłowe odnoszenie czuć dotykowych. W prawem oku lekkie zwężenie pola widzenia, poza tem ze strony oczu niema zmian żadnych. Czynność pęcherza i odbytnicy prawidłowa.

Dyskusya: Kol. Biegański sądzi, że rozpoznanie może się wahać między cierpieniem móżdżku i histeryą. Bezwzględne wyłączenie histeryi jest trudne.

IV. Kol. Biegański przedstawił dwoje dzieci: jedno z porażeniem rdzeniowem na tle **choroby Heine-Medina**, drugie — z porażeniem mózgowem na tle przebytego w pierwszym roku życia **zapalenia mózgu.** Po przedstawieniu zasadniczej różnicy w zachowaniu się układu mięśniowego, odruchów i inteligencyi w obydwóch przypadkach, opisuje kol. Biegański przebieg choroby Heine-Medina, podaje sposoby rozpoznawania jej w okresie gorączki, mówi o rokowaniu i leczeniu, wreszcie wypowiada przypuszczenie, że przypadek jego jest w związku z epidemią choroby Heine-Medina, która nawiedziła Królestwo w r. 1911 i została dokładnie opisaną przez Biehlerową.

Dyskusya: Kol. Stefan Kohn i Szaniawski podnoszą lecznicze znaczenie elektryzacyi. — Kol. Wacław Kohn mówi o etyologii choroby Heine-Medina i streszcza ostatnie badania Lavadilfiego, wykonane na królikach i małpach.

V. Kol. Rozenfeld przedstawił chłopca sześcioletniego z rozpoznaniem **migreny oczoporaźnej** (migraine ophtalmoplégique). Choroba rozpoczęła się nagle przed 3 tygodniami bardzo silnym bólem głowy i wymiotami. Bóle głowy występują zwykle 2—3 razy na tydzień, najczęściej pod wieczór i trwają około godziny. Wymioty były tylko 4 razy. — Ogólny stan dobry, w narządach wewnętrznych nie stwierdzono żadnych zmian, na szyi — powiększone gruczoły chłonne. W oku prawem — rozszerzenie źrenicy i drżenie pionowe niestałe.

Dyskusya: Kol. Biegański wyłącza organiczne cierpienie mózgu i rozpoznanie migreny oczoporaźnej (rozszerzenie źrenicy) uważa za prawdopodobne. — Kol. Stefan Kohn zwraca uwagę, że rozszerzenie źrenicy mogłoby być następstwem podrażnienia nerwu współczulnego pod wpływem powiększonych gruczołów chłonnych.

VI. Prowizor Nowak: **Wyniki badania mleka w Częstochowie**. Na wstępie referent wspomina o najważniejszych pracach polskich, poświęconych badaniu mleka, i dochodzi do wniosku, że piśmiennictwo nasze jest pod tym względem ubogie. Dalej mówi o biologicznych własnościach mleka, wyróżniających je od innych płynów i zwykłych mieszanin, podkreśla ważne znaczenie jednoczesnego badania mleka pod względem chemicznym i bakteryologicznym. Badanie referenta wykazało średnio: c. g. 1030, tłuszczu 2.5%, części stałych 10.65%, kwaśność 9.1 stopni, brudu 3 mm. Mleko z dzielnic, zamieszkałych przez ludność uboższą jest gorsze od sprzedawanego w śródmieściu. Jest rozcieńczane wodą, wykazuje obecność N_2O_5 i zawiera tylko 1% tłuszczu.

W ożywionej dyskusyi brali udział: Kol. Edward Kohn, Stefan Kohn, Wacław Kohn, Szaniawski, Biegański, i p. Nowak.

Po Kongresie londyńskim.

Nie jest naszym zamiarem zdać sprawę z naukowej działalności świeżo zakończonego Kongresu, tem więcej, że działalność ta nie we wszystkich sekcyach została już redakcyjnie opracowana. Spostrzeżenia i uwagi niżej podane dotyczą tylko organizacyi Kongresu, wrażeń doznanych poza sekcyami, oraz udziału w nim lekarzy polskich.

XVII. Międzynarodowy Kongres lekarski zaczął się, odbył się i zakończył tak, jak szesnaście jego poprzedników. Gdy idzie o wybranie miejsca na kongres międzynarodowy, trudno współzawodniczyć z Londynem, tem największem mrowiskiem ludzkiem, posiadającem nieprzebrane środki, oraz te tak liczne zakłady wszechwiedzy ludzkiej, będące nieodzownym warsztatem dla rozpromieniowania zogniskowanej w kongresie nauki. Lecz ten podziwu godny obraz, który w cudzoziemcu wywołują zasoby wszechstronne wielkiego narodu angielskiego, zamąca się w pewnej mierze, gdy zwrócimy wzrok na szczegóły organizacyi londyńskiego Kongresu: nosił on nazwę »międzynarodowego«, a w istocie był obmyślany należycie tylko dla Anglików i Amerykanów. Nie wynikło to, jak mniemamy, z zamiaru, lecz z osobliwego światopoglądu Anglików na ich stosunek do innych narodów. Anglik całą siłą swego ducha wciela się wyłącznie we własny swój naród, a resztująca rzesza narodów, żyjących poza Albionem, ma dla niego znaczenie drugorzędne. Źródła tego rzekomego odosobnienia dopatrywaćby można w wyspiarskiej odrębności tego narodu, w jego wielowiekowych z żywiołowemi mocami ciężkich walkach, które zawsze staczał samodzielnie, bez udziału innych narodów. Dla dowcipu powtarza się często rozmowę Francuza z Anglikiem: Francuz miał powiedzieć »gdybym nie był Francuzem, chciałbym być Anglikiem«; a na to Anglik: »a ja gdybym nie był Anglikiem, chciałbym zostać... Anglikiem«. W tych słowach kryje się dosadna charakterystyka pojmowania przez Anglików stosunków międzynarodowych: zamierzali urządzić kongres międzynarodowy, a uczynili go kongresem angielskim, mało się troszcząc o członków cudzoziemskich. To, że nieraz po 2 godziny oczekiwał nieznający angielskiego języka kongresista na odczyt w języku francuskim lub niemieckim, nie należy zaliczać do ujemnych stron posiedzeń sekcyjnych, gdyż na kongres, urządzony w Londynie, liczba członków Anglików i Amerykanów musiała być stosunkowo wielka; za to wadą organizacyi tego Kongresu było postawienie na czele różnych gałęzi komitetu gospodarczego ludzi, nie znających drugiego języka, nie wyjmując sekretarza generalnego, będącego przecież osią zarządu. Niemożność porozumienia się powodowała nie raz przykre zawikłania, jak np. powtórne składanie wpisowego itd. Drogowskazy w olbrzymiej Halli Alberta, gdzie się mieściły wszystkie biura, były wypisane po angielsku, a jeśli wyjątkowo w innym języku, to tak rzadko, że odpadała chęć szukania ich, stąd błąkanina, strata czasu, wreszcie zniechęcenie.

Wypowiedziawszy to, co mi leżało »na wątróbce«, przechodzę do tego, co mi leży »na sercu«. Synowie Albionu liczyli się z tem, że poza dzienną pracą na posiedzeniach są wieczory: więc każdy z członków Kongresu otrzymał dużo zaproszeń na różnego rodzaju przyjęcia, na których, obok wspaniałej strony zewnętrznej, górowała gościnność, uprzejmość, powaga i jeszcze zawsze coś, co poucza i rozjaśnia. Te cnoty i zalety towarzyskie budziły w sercach członków Kongresu, zwłaszcza cudzoziemskich, gorące uczucia wdzięczności i uznania. Główną jednak atrakcyą był sam Londyn: trudno nam ukryć zachwytu i podziwu dla olbrzymich pierwszorzędnych zbiorów, nagromadzonych w muzeach, wystawach i innego rodzaju instytucyach londyńskich, które dla nas cudzoziemców były niewyczerpanem źródłem niezatartych a pogłębiających umysł wrażeń. Każdy okaz, obok tytułu, posiada treściwe pouczenie — tak, że znając język angielski, wzbogaca się wiedza niejako w sposób poglądowy, a tak dla wszystkich dostępny. Snać wcześnie odgadli Anglicy oświatowe znaczenie kolekcyonowania, a posiadając kolonie i in-

teresa we wszystkich częściach świata, bądź drogą kupna, bądź siłą, zdobyli okazowe unikaty, zebrane i ułożone tak, że z poznania ich odgaduje się poniekąd całą drogę rozwoju, którą odbył duch ludzki do dnia dzisiejszego.

Cóż powiedzieć o mieszkańcach tego kraju? Na pierwszy rzut oka uderza w Angliku postawa męska, siła fizyczna i równowaga psychiczna: to wyrobienie indywidualne jest dziełem ćwiczenia i urabiania od dzieciństwa, owocem przemądrej pedagogii domowej i wpływu środowiska. Rozmiłowanie się w wolności i samodzielności łączą Anglicy z bezwzględnem poszanowaniem władzy i porządku. Te zalety osobiste i społeczne Anglików, jako wzory do przyswojenia, nie powinny ujść uwagi niejednego narodu, ciążącego do modrego Dunaju lub mętnej Sekwany po płytkie i przemijające wrażenia.

Udział w Kongresie londyńskim Polaków był dość liczny. Włączywszy i płeć żeńską liczba uczestników polskich dochodziła setki, a może i przekraczała ją. Wielu lekarzy naszych nie zgłosiło się do Komitetu polskiego, bądź chodząc luzem, bądź też należąc do komitetów obcych. Ze wszystkich narodów, nie posiadających bytu politycznego, jedni Polacy, dzięki usilnym staraniom prezesa Komitetu polskiego na zjazdy międzynarodowe prof. Wicherkiewicza, mieli własne biuro, dyżury, książkę adresową i t. d. Większa liczba naszych kongresistów mieściła się w hotelu przy Cromwell Road i tu ogniskowało się nasze życie zbiorowe. W tem miejscu poczuwam się do obowiązku wyrazić w imieniu polskich członków Kongresu londyńskiego kol. Dr Lud. Rajchmanowi gorącą wdzięczność, który, jako stały mieszkaniec Londynu, samorzutnie, na pół roku przed kongresem ofiarował komitetowi polskiemu swoje pośrednictwo, a dzięki jego zabiegom, mieliśmy nie tylko mieszkania w wyżej wymienionym hotelu lub w jego blizkości, ale i salę dla zebrań i porozumiewań się. Wspólne narady okazały się w istocie potrzebne, bo nie bez smutku przekonaliśmy się, że zaczynamy być zapoznawani przez inne szczęśliwsze narody, że np. olbrzymia większość Anglików nie ma żadnego wyobrażenia o Polakach, o ich liczbie, piśmiennictwie, przeszłości i teraźniejszości. Głębsze zastanowienie się nad przyczynami tego, tak szkodliwego dla nas stanu rzeczy, przekonało nas, że pomijając warunki polityczne naszego bytu, sami w pewnej mierze stajemy się przyczyną jego, bo za mało po świecie nas »słyszą« i nas »widzą«. Na dwóch zgromadzeniach zastanawialiśmy się, jak w granicach jednego zawodu, stanowiącego jednak znaczny odłam inteligencyi polskiej, ten nieprawidłowy a wprost zdrożny stan rzeczy naprawić. Łatwo odgadnąć, że na pierwszem miejscu usiłowań położyli kongresiści polscy pomnożenie i pogłębienie odczytów na kongresach międzynarodowych i wezwali Komitet stały, ażeby w tym względzie rozwinął wcześnie jak najgorliwszą działalność. Poczyniono przytem godne zastanowienia uwagi: przysłuchując się odczytom, wygłaszanym na posiedzeniach sekcyjnych, nie trudno przekonać się, że na dziesięć odczytów, może jeden ma treść nową, a reszta zaledwo dosięga tej skali, jaką jest przeciętna miara wartości odczytów, wygłaszanych w naszych Towarzystwach lekarskich. Jest to rzeczą podniosłą z naszej strony, albo występować z odczytem o treści oryginalnej, nowej, albo milczeć; ale, gdy ta nasza subtelność etyczna wypada na niekorzyść sprawy ogólnej, bezwzględna skromność, której nie przestrzegają inne narody, nie jest pożądana. Ażeby na obczyźnie nietylko nas »słyszano«, zwłaszcza, że kongresy międzynarodowe odbywają się co lat 4, uznano za rzecz pożyteczną dostarczać ogniskom pierwszorzędnym nauki lekarskiej, bibliotekom i t. d. wykaz prac, wykonanych przez lekarzy polskich w poprzedzającym roku, co już zapoczątkował prezes Komitetu polskiego, składając sekretarzowi generalnemu Kongresu ostatnie zeszyty »Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego«.

W dalszym ciągu obrad lekarzy polskich w Londynie roztrząsano pytanie, w jaki sposób uwydatnić wyraźniej udział Polaków w kongresach międzynarodowych, aby nas »widziano«. Wyrażono przekonanie, że udział ten nietylko winien być liczny, ale i nosić na sobie cechy zbiorowości. W tym celu Komitet stały winien oznaczać miejsce, w którem mają się zjechać kongresiści polscy, skąd mogliby przybyć zbiorowo do siedziby kongresu, tu zamieszkać razem, albo w tej samej dzielnicy. W zgromadzeniach, przyjęciach, wycieczkach trzymać się powinni polscy członkowie kongresu gromadnie, a wyraźną odznaką odróżniać się od grup innych narodów. Wypełniając blankiet, mający służyć do otrzymania członkostwa kongresu, należy podać wyraźnie miejsce zamieszkania i przynależność państwową, którą najlepiej oznaczyć słowami: »Polska austryacka, P. rosyjska lub P. niemiecka«. W spisie Kongresu londyńskiego dostrzegliśmy pod tym względem dużo błędów, a przytem, pomimo polskiego brzmienia nazwiska, zarząd Kongresu dopisywał na chybił trafił przynależność państwową według uznania, zacierając polską narodowość członka, który sam nie oznaczył państwowej przynależności; tych powikłań, często krzywdzących nas, uniknąć można jedynie przez należyte oznaczenie narodowości według wyżej podanego wzoru [1]). Uznano w dalszym ciągu, że nieustające dążenie do uzyskania zmiany tego paragrafu statutu międzynarodowych kongresów lekarskich, który pozbawia narody, niemające bytu państwowego, praw samodzielnej reprezentacyi na kongresach, oraz delegatury w stałym komitecie, nie straciło na aktualności do dalszych starań, a prezesowi prof. Wicherkiewiczowi wyrażono gorące podziękowanie za protest ogłoszony w »Morning Post« przeciw zastosowaniu przytoczonego paragrafu podczas Kongresu londyńskiego. Wreszcie uchwalono, w celu zaznajomienia zagranicznego świata lekarskiego z naszemi instytucyami lekarskiemi (uniwersytety, piśmiennictwo, szpitale, służba zdrowia, statystyka i t. d.) wydać broszurę celowo opracowaną i rozesłać ją członkom ostatniego kongresu, a drugi nakład doręczyć uczestnikom przyszłego — w r. 1917. Dzięki pieniężnej ofiarności szlachetnej jednostki, a to u nas rzecz ważna, jak również dzięki zapałowi do pracy narodowej innej jednostki, która wzięła na siebie trudy wydawnictwa, wyjście tej broszury nie ulega wątpliwości.

Obrady polskich uczestników Kongresu londyńskiego wykazały chwalebną jednomyślność w ocenianiu wyżej przytoczonych spraw; nie odbiegały one od paragrafów statutu, ani od zapatrywań komitetu stałego, któremu zaofiarowano współdziałanie pod postacią podkomitetów, chociażby siedziba ich była poza Krakowem, gdzie urzęduje komitet stały. Pobyt nasz w Londynie zakończyliśmy »obiadem polskim«, na który przybyło kilkudziesięciu członków kongresu z rodzinami, oraz kilka wybitnych jednostek z kolonii polskiej, stale przebywających w Londynie.

Dr August Kwaśnicki.

Uwagi terminologiczne.

Z powodu zapytań Dr Felsa, pomieszczonych w Nr 33. »Przeglądu«, otrzymaliśmy list od Dr Tomasza Mączki z Krakowa, który proponuje następujące nazwy:

1) Reifenbahre — »unośnik«, wyrażając zdanie, że »obręcznica« budzi wyobrażenie szeregu kół, a nie półkola. 2) Krankenaufrichter — »imadło«. 3) Bettscheere — »bezpiecznik«. 4) Krankenträger — wogole tylko »pielęgniarz«. 5) Verbandpäckchen i Verbandpatrone — »pakiecik« i »puszka« opatrunkowa. 6) Micrococcus — »ziarenkowiec«, jako już przyjętą nazwę.

Naszem zdaniem. 1) Reifenbahre byłoby najprościej tłómaczyć: »kabłąki« (kołdra na kabłąkach). 2) Krankenaufrichter — »dźwigadło«, jak podał prof. Bylicki. 3) Bettscheere — »podpórka zawiasowa«. 4) Blessiertenträger — »odnoszący rannych« (jak w »Słowniku lekarskim«; ogólne określenie tu nie wystarcza,

[1]) W tej samej sprawie identyczne uwagi otrzymaliśmy z Londynu od Dra Kuczewskiego. Red.

nie mówiąc o tem, że »pielęgniarz« jest słowem bardzo nieudatnem, choć niestety coraz więcej używanem). 5) Verbandpäckchen — »torebka« równie dobra jak »pakiecik«, Verbandpatrone — »patron opatrunkowy«. 6) »Ziarenkowiec« jest nazwą już przyjętą, a podobieństwo z nazwami »gronkowiec« i »paciorkowiec« jest niewątpliwie zaletą tej nazwy. Nazwę »ziarniak« należałoby zarzucić zupełnie, zachowując nazwy z taką końcówką wyłącznie dla nowotworów i wogóle guzów chorobowych (mięsak, tłuszczak... kilak, ziarniniak zakaźny... krwiak i t. d.). »Ziarenko« możnaby użyć chyba, mając na myśli jedno indywiduum »ziarenkowca«. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Projekt »Domu lekarskiego« w Krynicy zaczyna się urzeczywistniać. Według komunikatu, nadesłanego nam przez »Polskie Towarzystwo balneologiczne«, myśl stworzenia w Krynicy domu dla lekarzy mniej zamożnych a potrzebujących leczenia poruszył w Wydziale tego Towarzystwa ś. p. Prof. Pareński, a niezależnie od tego również Dr A. Biesiadzki, kierownik zarządu Krynicy. Dr A. Biesiadzki utworzył też na zasadzie statutu »Kółka lekarzy krynickich« miejscowy komitet, który zajął się zbieraniem składek przy gorliwym udziale r. Dr F. Piotrowskiego, skarbnika »Polskiego Tow. balneologicznego«. W nadesłanym nam komunikacie poruszono myśl wydania odezwy do wszystkich Towarzystw lekarskich polskich, utworzenia obszernego Komitetu złożonego z przedstawicieli wszystkich tych Towarzystw, pod przewodnictwem Dr A. Biesiadzkiego, pozyskania od rządu bezpłatnie gruntu pod budowę, uzyskania subwencyi od Izb i Towarzystw lekarskich, jakoteż zorganizowania na szeroką skalę składek wśród lekarzy i t. d.. Dla dyskusyi w tej sprawie otwiera swe łamy »Przegląd zdrojowo-kąpielowy« (adres Redakcyi: Dr J. Frączkiewicz, Kraków, Straszewskiego 26).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 11. VIII. do 18. VIII. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 6 † 5, duru wysypkowego — † —, róży —, czerwonki 2 † —, duru brzusznego —. Dr Trenkner.

Mianowani: Aubaret profesorem okulistyki w Marsylii. Profesorowie Eiselsberg i Fuchs we Wiedniu mianowani członkami honorowymi londyńskiego Royal College of Surgeons. Raimann, docent neurologii i psychiatryi — profesorem nadzw. we Wiedniu.

Zmarli: Dr Stefan Królikowski, prezes Tow. lek. Zagłębia Dąbrowskiego zmarł w Krakowie 19. b. m.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1913.

Gazeta lek. Nr 31—34.: Kossakowski: O zachowaniu się nadnerczy w przypadkach wrodzonego braku jednej nerki (31—32). — Oczesalski: Przypadek wymiotów kałowych w przebiegu przełomów żołądkowych w wiądzie rdzenia kręgowego (31). — Jaroszyński: Rola wzruszeń w patologii (32—34). — Matuszkiewicz: Tuberculides papuloannulares (33). — Messing: O niektórych składnikach nieorganicznych mózgu w stanie normalnym i patologicznym (34).

Medycyna i Kronika lek. Nr 31—35.: Urstein: Wpływ okresu przekwitania na psychikę kobiety (31). — Neugebauer: Eugenika i położnictwo (31—32). — Giedgowd: O rozwoju i skostnieniu kości gnykowej (32). Bychowski: III przyczynek do rozpoznawania i leczenia chirurgicznego chorób mózgu (33—34).— Zamenhof: Z kliniki chorób błędnika (34—35).

Tygodnik lek. Nr 31—35.: K. Orzechowski: Metaluetyczne cierpienia układu nerwowego a wewnętrzne wydzielanie (31—32). — Lateiner-Mayerhoferowa i Dr Stanisław Progulski: Spostrzeżenia statystyczne nad sposobem żywienia osesków we Lwowie (31—32). — Wolf: Zapalenie plastyczne sieci (33—33). — Selzer: Uzdrowisko ludowe w Hołosku w r. 1912 (33—34). — Rydygier (jun.): Przyczynek do fizyologii ganglion stellatum (34—35).

Lekarz wileński Nr 7.: Rzętkowski: O wpływie środków i zabiegów leczniczych na przemianę materyi.

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt 1. Tom IX: Dobrucki: O wgłobieniu jelit. — Raum: Przyrząd Perthes'a do bezpośredniego drażnienia elektrycznością pnia nerwowego.

Neurologia polska T. III. Z. 3. Wizel i Zylberlastówna: Zjawiska psychogalwaniczne u umysłowo chorych. — Rotstadt: O cytologii płynu mózgowordzeniowego. — Pański: W kwestyi objawów, porażeniom połowiczym towarzyszących, lecz do ich obrazu klinicznego nie włączonych. — Sterling: Studya kliniczne nad t. zw. eunuchoidyzmem oraz pokrewnymi typami. — Radziwiłłowicz: Organizacya opieki rodzinnej w Szkocyi.

Kronika dentyst. Nr 8.: Hofung: Antiformina w praktyce dentystycznej. — Zawidzki (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr 8—9.: Duchowicz: 1) Powietrze w szkołach rawskich. 2) Przyczynek do znajomości stosunków higienicznych w szkołach i w sądzie powiat. w Rawie ruskiej.— Szkoła p. Z. Strzałkowskiej.

Nasze Zdroje. Nr 17—18. Dr J. B.: O stracone miliardy polskie. — Aschkenazy: Helioterapia, kąpiel słoneczna. — Łobaczewski: Wir brauchen hier keine Polen. — Dorna: Watra a Krynica. — Nowy powiew hakaty pruskiej.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 8—9.: Jubileusz Tow. tatrzańskiego. — Niepowołany obrońca. — Z doliny Prutu. — Jaworze. — Dom lekarski w Krynicy. — Do wód i letnisk polskich! — Z wycieczki do Krynicy.

Słowo lek. Nr. 14—15:. Widoki w zawodzie lekarskim.— Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi (c. d.). — Łowczowski: O zjazdach koleżeńskich powiatu brzeskiego. — X. Y.: Jeszcze nieco o dyetach za szczepienie. — Stan szpitali krajowych i powszechnych w Galicyi (c. d.).

Głos lekarzy Nr 15—16: Mikołajski: 1) Wynagrodzenie za doniesienia o chorobach zakaźnych. 2) Jak postępować z Towarzystwami ubezpieczeń od wypadków? 3) Honorarya od chorych w klinikach. — Debata parlamentarna o zwalczaniu chorób zakaźnych. — XIV. międzynar. kongres alkoholowy. — Bechtierew: Istota w sprawie walki z alkoholizmem.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LII. Kraków, dnia 6 września 1913 Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Z kliniki chorób dziecięcych Uniw. Jagiell. w Krakowie). (Kierownik Prof. Dr Lewkowicz).

Przypadek zarośnięcia osierdzia na tle gruźlicy z charakterystycznymi elektrokardyogramami [1]).

Podali

J. Latkowski. (Część elektrokardyograficzna). **K. Lewkowicz.** (Część kliniczna).

Dnia 5 stycznia b. r. zgłosił się do kliniki pedyatrycznej S. M. lat 9, syn wyrobnika ze Słonej, powiat Brzesko.

Wywiady. Oboje rodzice żyją i są, według podania ojca, zdrowi. Z 7 rodzeństwa 3 zmarło; przyczyny śmierci ojciec podać nie umie. Gruźlicy w rodzinie nie było. Sam chory rozwijał się dobrze do 9 roku życia. Dopiero przed 6 miesiącami zapadł na odrę, a w bezpośredniem jej następstwie na zapalenie płuc. Obecna choroba miała się zacząć przed 3 tygodniami stopniowem powiększaniem się brzucha, gorączką, pojawiającą się wieczorami, potami i brakiem łaknienia. Zresztą chory nie skarżył się i nie skarży na żadne dolegliwości.

Stan obecny. Budowa dobra, chociaż na kośćcu stwierdzić można ślady przebytej krzywicy; odżywienie liche. Gruczoły chłonne zewnętrzne powiększone, liczne, drobne, twarde. W trzeciem międzyżebrzu mały gruczołek piersiowy boczny. Objaw Smitha dodatni, na kręgosłupie przytłumienie na V. kręgu; do tego kręgu słychać także szmery oskrzelowe. Żyły na przedniej powierzchni klatki piersiowej rozszerzone; rzęsy długie; odczyn Pirqueta dodatni.

Znaczne ogólne osłabienie. Skóra blada, ziemista, sucha, nieco łuszcząca się; na kończynach dolnych ślad obrzęków. Lekka sinica na wargach i — nieco wyraźniejsza — na końcach palców; sinica zwiększa się nieznacznie w położeniu poziomem. Skrzydła nosowe zgrubiałe, nozdrza pokryte wydzieliną zasychającą w strupki. Zęby częściowo dotknięte próchnieniem.

Kręgosłup zbacza dość wyraźnie na stronę prawą; klatka piersiowa wdechowo ustawiona.

Badanie fizyczne płuc nie wykazuje po stronie prawej większych zmian; w szczególności granice dolne są prawidłowo ustawione i ruchome. Tylko nad szczytem stwierdza się lekkie skrócenie odgłosu opukowego, wdech zaostrzony, osłabiony, wydech chuchający, z przodu niewyraźne rzężenia średnie, niedźwięczne, a nad dolnym płatem z tyłu tuż przy kręgosłupie małe ognisko z rzężeniami dźwięcznawemi, drobnemi, prawie trzeszczącemi.

Po stronie lewej stwierdza się zmiany rozleglejsze i znaczniejsze. Nad szczytem z przodu i z tyłu odgłos bębenkowy, wdech zaostrzony, osłabiony, wydech przedłużony, chuchający i — zwłaszcza z przodu — liczne rzężenia niedźwięczne. Poniżej szczytu odgłos jawny i szmery pęcherzykowe, ku dołowi jednak z przodu, w pasze i z tyłu odgłos staje się coraz bardziej przytłumiony, a szmery zaostrzone, wydech głośny, chuchający. W pasze i z tyłu w dole liczne rzężenia średnie i drobne, od góry nie dźwięczne, ku dołowi coraz dźwięczniejsze. Dolna granica płuca lewego w całej rozciągłości zupełnie przy wdechu nieruchoma.

Liczba oddechów 28—32 na minutę. Chory prawie zupełnie nie kaszle; w skąpej śluzowej plwocinie prątków gruźliczych barwieniem Ziehl-Neelsona i Grama II. nie wykazano. Świnka, której podskórnie zaszczepiono plwocinę, padła po czterech dniach na ropowicę podskórną.

Uderzenie koniuszkowe serca nie widoczne i nie macalne; w nadpępczu lekkie skurczowe zapadanie. Stłumienie bezwzględne od III. górnego żebra, na zewnątrz 1 cm poza linią sutkową, na wewnątrz do linii środkowej ciała; granica przy zmianie położenia ciała zupełnie nieruchoma. Tony serca głuche, ale czyste, drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony. Tętno około 120, wyraźnie dwubitne. Badanie krwi wykazuje mierną hiperglobulię; 5,800.000 ciałek w 1 mm^3, zresztą stosunki prawidłowe.

Brzuch powiększony: największy obwód 73 cm. Pępek wygładzony, w górnej części brzucha żyły nieco rozszerzone. W jamie brzusznej wolny płyn, zmieniający położenie przy zmianie położenia chorego; chełbotanie wybitne. Wątroba miernie twarda, brzeg jej przebiega w linii środkowej ciała na 3 palce nad pępkiem, w linii sutkowej prawej 5 palców poniżej łuku żebrowego. Stolec prawidłowy. Śledziona 1 palec niżej łuku.

Mocz wysycony, oddziaływanie kwaśne, ciężar właściwy 1.010, chlorki prawidłowe, białka nie ma, barwików żółciowych niema, odczyn dwuazowy bardzo wybitny, w osadzie nieliczne ciałka białe i czerwone oraz nabłonki dolnych dróg moczowych.

Stan bezgorączkowy.

Przebieg. Stan chorego w pierwszych dwóch tygodniach pobytu w klinice nieco się poprawił pod wpływem leżenia w łóżku i podawania naparstnicy: obrzęki na kończynach dolnych ustąpiły, śledziona przestała być macalną, obwód brzucha zmniejszył się o 4 cm, a mimo to ciężar ciała podniósł się z 25,500 na 26,700 klgr.

Równocześnie jednak krzywa ciepłoty zaczęła się przesuwać ku górze; zjawiły się naprzód wzniesienia wieczorne do stanów podgorączkowych, potem od 3 tygodnia pobytu w klinice już wyraźne gorączki do 38 i kilku dziesiętnych,

[1]) Według demonstracyi na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 19 lutego 1913 r.

raz nawet do 39°. Ranne spadki były coraz niższe tak, że gorączka była naprzód przerywana, potem zwalniająca.

W płucach stwierdzono w górze pachy prawej świeże ognisko: odgłos przytłumiony, szmery zaostrzone, rzężenia z głębi. Na prawej małżowinie usznej pojawił się naciek i zaczerwienienie, a potem powstał otworek sączący (perichondritis tuberculosa?). Pojawiły się znowu obrzęki kończyn dolnych, stolec był częstszy i wolniejszy, stan ogólny szybko się pogarszał, ciężar ciała począł znowu opadać. Wymiary serca powiększyły się tak, że prawa granica dochodziła do linii mostkowej prawej; powiększyła się także wątroba. W moczu zjawiło się białko strącalne kwasem octowym na zimno, liczne ciałka czerwone, miernie obfite białe i skąpe ziarniste wałeczki.

W tym stanie znacznego pogorszenia został chory zabrany do domu w dniu 14 lutego.

Rozpoznanie kliniczne nie nastręczało większych trudności.

Puchlina brzuszna była w związku ze zmianami wątroby. Powiększenie wątroby nie odpowiadało jednak żadnej postaci samoistnej marskości; przytem ogólna niedomoga krążenia zwrócić musiała odrazu uwagę badającego na ośrodkowy narząd krążenia. Nie stwierdzono żadnych zmian zastawkowych, zato cały szereg objawów, przemawiających za zarośnięciem osierdzia. W obec zupełnej nieprzesuwalności granic stłumienia serca nasuwało się jednak przypuszczenie, że obok zrostów między oboma listkami osierdzia istnieją także zrosty listka zewnętrznego z otoczeniem. Przypuszczenie to było tem prawdopodobniejsze, że sprawa nieograniczała się jedynie tylko do osierdzia, lecz zajmowała także przytykające do osierdzia, oraz dolne części opłucnej lewej i płuca lewego.

Co do przyrody sprawy w osierdziu, to już nieobecność zmian zastawkowych przemawiała za sprawą gruźliczą a popierała to przypuszczenie obecność zmian w płucach i opłucnej lewej. Prątków gruźliczych w skąpej plwocinie wykazać wprawdzie nie zdołano, ale chory oddziaływał na próbę Pirquetowską dodatnio i okazywał objawy, przemawiające za zajęciem gruźliczem gruczołów oskrzelowych. Choroba rozwinęła się przytem w bezpośredniem następstwie odry i poodrowego zapalenia płuc, a wiemy, jak często odra i jej powikłania płucne rozdmuchują uśpione sprawy gruźlicze.

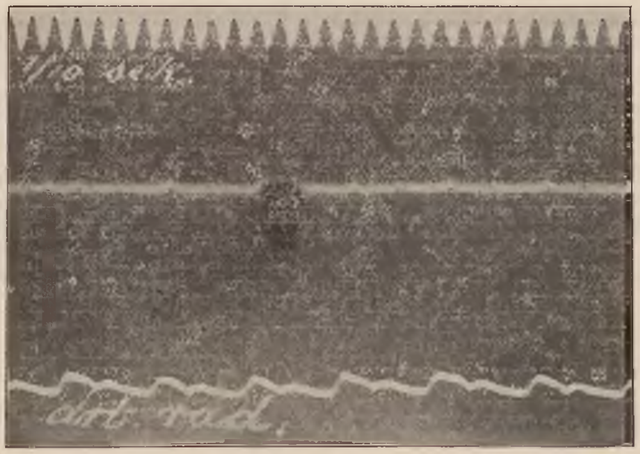
Rozpoznanie zatem brzmiało: Cirrhosis hepatis cardiotuberculosa, symphysis pericardii completa post pericarditidem tuberculosam, adhaesiones pericardii externae, infiltratio tuberculosa apicum et loborum inferiorum, praecipue sinistri, adhaesiones pleurales sinistrae, tuberculosis glandularum bronchialium.

Rozpoznanie potwierdziło badanie promieniami Roentgena. Serce było powiększone, lewa granica serca zatarta, także ruchy według tej granicy bardzo niewyraźne. Po stronie prawej (przedsionek?) ruchy serca widoczne były nieco lepiej ale także słabo. Przeciwnie tętnienie aorty było wybitne.

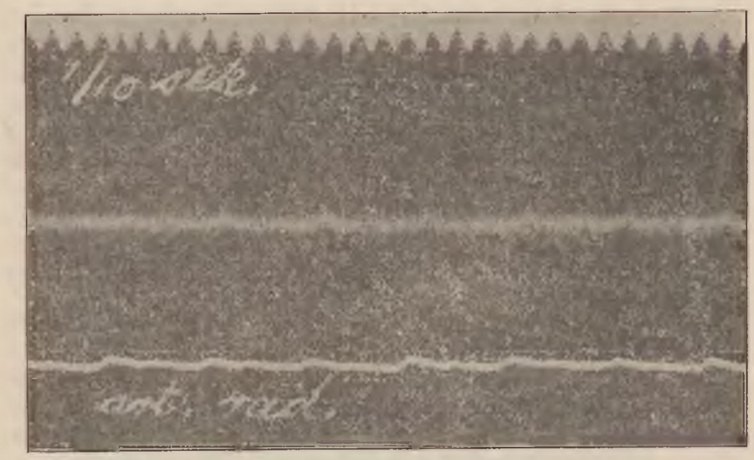
Na potwierdzenie rozpoznania klinicznego można także przytoczyć wynik badania elektrokardyograficznego. Przemawia on za zaburzeniem w przewodnictwie elektrycznem między sercem a jego otoczeniem, mianowicie po stronie lewej. Zaburzenie to mogło być łatwo wywołane grubymi zrostami osierdzia tak wewnętrznymi jak zewnętrznymi, zrostami opłucnymi, naciekiem w płucu lewem, wreszcie naciekłemi gruźliczo masami gruczołowemi u wnęki płucnej.

Część elektrokardyograficzna.

Badanie elektrokardyograficzne w tym przypadku dało wynik szczególnie charakterystyczny, a mianowicie przy odprowadzaniu prądu od lewej strony chorego i od lewej ręki i prawej nogi struna galwanometru wykazywała tylko (ryc. I i II,) drobniutkie drżenie, podczas gdy przy innych sposobach łączenia (ryc. III i IV,) dawała wyraźne, choć nie zupełnie prawidłowe wychylenia.



Ryc. I. St. M. 23. I. 1913 lewa strona.

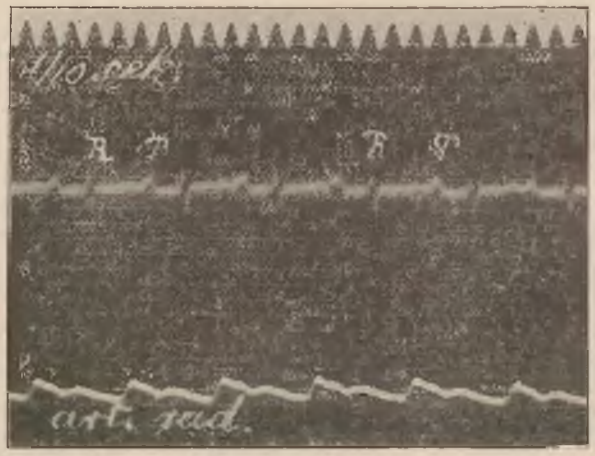


Ryc. II. St. M. 23. I. 1913 lewa ręka, prawa noga.

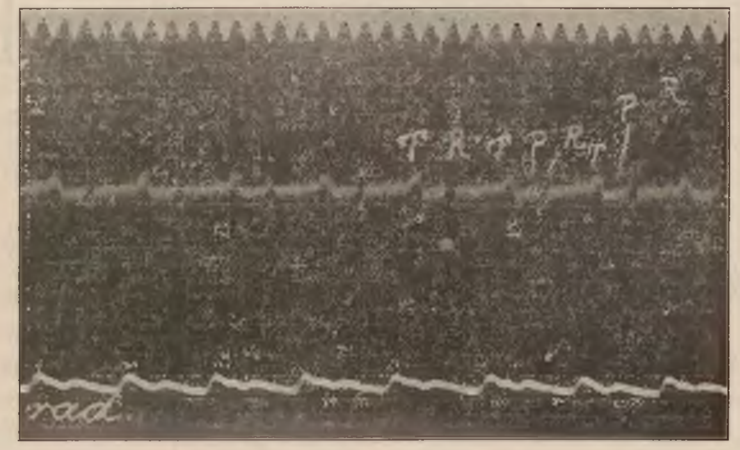
By wyjaśnić to zjawisko, musimy się zastanowić nad istotą powstawania prądów elektrycznych w mięśniu sercowym.

Jak wiadomo, źródłem siły elektromotorycznej w ogniwie koncentracyjnem są dwa roztwory o różnem stężeniu Analogiczne stosunki znajdujemy w mięśniach. Cząstka mięśnia prążkowanego w ogólności, a sercowego w szczególności, składa się w zasadzie z dwu substancyi, t. j. izotropowej i anizotropowej o różnem stężeniu, które to stężenie jeszcze więcej się zmienia w czasie skurczu mięśnia, jak to wykazują badania Engelmanna. Każdą zatem cząstkę mięśnia sercowego można uważać analogicznie za rodzaj ogniwa koncentracyjnego, będącego źródłem prądu elektrycznego, powstającego w czasie skurczu tegoż mięśnia. Badania Cybulskiego nad prądami w mięśniach pozwalają nam właś-

nie pojmować powstawanie ich w taki sposób, zgodny z prawami fizyczno-chemicznemi. Pojęcie natomiast Hermanna stanu czynnego ujemnego, nieścisłe i nie tłomaczące wielu zjawisk elektrycznych w mięśniu, także w tym przypadku nic nie wyjaśnia i należy wobec tego zastąpić je wreszcie pojęciem ścisłem powstawania w mięśniu skurczonym różnic potencyałów na zasadzie różnicy koncentracyi. Nadmienić także wypada, że schemat Wallera również w podstawach swych jest niezbyt jasny (podział serca na dwie połowy o różnych potencyałach) i nadto zupełnie nie tłomaczy, dlaczego przy łączeniu lewej strony i lewej ręki i prawej nogi chorego z galwanometrem otrzymujemy normal-



Ryc. III. 23. I. 1913 St. M. obie ręce.



Ryc. IV. 23. I 1913 prawa ręka, lewa noga.

nie wychylenie struny. Wedle schematu tego bowiem z tych miejsc, jako posiadających równoimienne dodatnie potencyały, prądu żadnego otrzymaćby nie można.

Jeśli się zastanowimy teraz nad zjawiskiem elektrycznem, powstającem podczas akcyi serca, to na podstawie powyższego rozważania dojdziemy do wniosku, iż przy skurczu serca, posuwającym się od podstawy ku koniuszkowi, wytwarza się szereg ogniw koncentracyjnych w skurczonych cząstkach, które to zjawisko elektryczne posuwa się również od przedsionków ku końcowi komór. Z każdej więc skurczonej części mięśnia odpływa prąd o sile elektromotorycznej, będącej sumą sił elektromotorycznych poszczególnych ogniw (mających swe siedlisko w poszczególnych cząstkach).

Prądy, jakie z danej skurczonej części mięśnia sercowego wypływają, rozchodzą się po całym ustroju i częściowo mogą też być odprowadzane na zewnątrz; powiedziałem, iż tylko częściowo, gdyż najbliższe otoczenie danych cząstek mięsnych stanowi dla nich najbliższy przewodnik zewnętrzny, zaś dalsze tkanki dalsze przewodniki, za pośrednictwem których wyrównują się różnice potencyałów. Tkanki więc, względnie narządy, otaczające serce, stanowią rodzaj upustu (bocznego odgałęzienia) elektrycznego dla prądów powstających w sercu.

Ponieważ zatem różnice potencyałów, powstające w cząstkach mięsnych, wyrównują się częściowo już w samych włóknach mięsnych, a częściowo w otoczeniu serca (wzgl. w dalszych częściach ciała), więc prąd otrzymany na zewnątrz i wprowadzony do galwanometru będzie znacznie słabszy od całkowitego, gdyż jest tylko jego odgałęzieniem.

Z tego wynika jasno, że natężenie prądu otrzymanego na zewnątrz ustroju przy pomocy naturalnych elektrod, t. j. rąk i nóg, a więc wielkość wychylenia struny, — abstrahując od różnic indywidualnych w wielkości wychylenia, zależnych od właściwości samego mięśnia sercowego —, zależy od przewodnictwa, względnie oporu $\left(c = \frac{1}{a} \cdot \frac{1}{r}\right)$ tkanek otaczających serce, które są — jak wyżej powiedziano — upustem dla prądu czynnościowego serca, jak i struna galwanometru. Zależnie od tego, który z tych upustów będzie przedstawiać mniejszy opór względnie większe przewodnictwo, przez ten będzie przepływać znaczniejsza część prądu, powstającego w mięśniu sercowym.

Przypuśćmy teraz, że z jednej strony serca pojawia się tkanka o większem przewodnictwie (mniejszym oporze), niż prawidłowa; wówczas stanowić ona będzie lepszy upust dla prądu, pochłonie go niejako więcej, niż w warunkach prawidłowych, skutkiem czego wpłynie do galwanometru prąd tem słabszy, im silniejszy przepływa teraz przez tkankę przewodzącą lepiej, w myśl prawa upustów: $i_1 : i_2 = r_2 : r_1$, gdzie i_1, i_2 oznaczają natężenia prądów przepływających tkankę i przez strunę, zaś r_1, r_2 opory tych gałęzi; oczywista o ile $r_1 < r_2$, o tyle $i_1 > i_2$, czyli ile razy, opór tkanki mniejszy od oporu struny galwanometru, tyle razy więcej prądu przepływa przez tkankę, niż przez galwanometr.

(Dokończenie nastąpi).

Z zakładu farmakologii doświadczalnej Uniw. lwowskiego. (Dyrektor Prof. Dr L. Popielski).

O jadowitych własnościach narządów

podał

Dr. Fr. Czubalski.
asystent zakładu.

(Dokończenie).

II.

Przechodzę teraz do następnej części doświadczeń. Chodziło mi tutaj o zbadanie, czy z płuc można także, jak

i z innych narządów, otrzymać wazodylatynę, a dalej o poznanie stosunku fizyologicznego pomiędzy wazodylatyną a wyciągiem z płuc, wywołującym skrzepy za życia w naczyniach. Ponieważ królik jest mało wrażliwy na działanie wazodylatyny, przeto tę część pracy musiałem wykonać na psach.

Przedewszystkiem przekonałem się, że pies po wprowadzeniu do krwi zwykłego świeżego wyciągu z płuc na 0,9% NaCl ginie wśród takich samych objawów, jak królik, na co wskazuje następujące doświadczenie.

15, V. 1913 r. Pies wagi 6,5 kg. Prawa tętnica udowa połączona z kimografionem.
1 h 34′ — Wprowadzono 30 c. sz. wyciągu z pokrajanych płuc wołu na NaCl do żyły udowej prawej.
1 h 34′ 40″ — skrzep w kaniulce,
„ 35′ 00″ — drgawki, rozszerzenie źrenic,
„ 36′ 00″ — brak odruchów rogówkowych, ciężki oddech,
„ 38′ 00″ — bezdech.

Sekcya — Serce pracuje, w żyłach płucnych, obu głównych i wrotnej olbrzymie skrzepy.

Dla otrzymania wazodylatyny płuca dokładnie roztarłem z piaskiem i zalałem je N/10 HCl w stosunku 1 : 1. Z wyciągiem tym po zobojętnieniu wykonałem następujące doświadczenie.

10. V. Pies 9 klgr. Prawa tętnica udowa połączona z kimografionem. Lewa tętnica udowa odpreparowana dla brania krwi do probówki.

Tablica II.

Czas	Średnie ciśnienie krwi w mm słupa Hg	Krzepliwość krwi	Uwagi
12 h 18′	58,0	Wzięta krew Nr 1 (prawidłowa) skrzepła po 11′	
12 h 30′	58,0	Wprowadzono 20 c. sz. wyciągu z roztartych płuc wołu na N/10 HCl i zobojętniono	
12 h 30′ 30″		Wzięta krew Nr 2, skrzepła po 30″	
12 h 30′ 39″	17,5		
12 h 31′ 20″		Wzięta krew Nr 3, skrzepła po 12′ 40″	
12 h 36′ 50″	27,5	Wzięta krew Nr 4, nie krzepnie wcale	
12 h 47′ 10″	29,0	Wzięta krew Nr 5, nie krzepnie	
12 h 49′ 30″		Wzięta krew Nr 6, nie krzepnie	
12 h 50′ 30″		Wzięta krew Nr 7, nie krzepnie	
1 h 07′	28,0		Wprowadz. 40 c. sz. świeżego wyciągu z pokrajanych płuc wołu NaCl
1 h 07′ 20″	20,0		
1 h 07′ 50″	24 5	Wzięta krew Nr 8, nie krzepnie	
1 h 08′ 10″		Wzięta krew Nr 9, nie krzepnie	
1 h 10′ 10″	28,0	Wzięta krew Nr 10, nie krzepnie	
1 h 11′ 10″		Wzięta krew Nr 11, nie krzepnie	
3 h 23′ 00″	34,5	Wzięta krew Nr 12, nie krzepnie	
3 h 30′			W probówkach Nr 4 do Nr 12 oddzielenie osocza od ciałek czerwonych; krew nie skrzepła wcale aż do zagnicia

Powyższe doświadczenie wskazuje, że przy odpowiedniem przygotowaniu wyciągu można także z płuc, podobnie jak z każdego innego narządu, otrzymać wazodylatynę z jej typowem działaniem: gwałtownym i długotrwałym spadkiem ciśnienia oraz wybitną niekrzepliwością krwi. Jeżeli teraz w okresie nizkiego ciśnienia i niekrzepliwej krwi wprowadzimy śmiertelną dla psa dawkę świeżego wyciągu z płuc na NaCl, to pies znosi to bez żadnych szkodliwych następstw. Doświadczenie to powtórzyłem z wazodylatyną w postaci peptonu Witte.

21. V. Pies 5.500 gr. Prawa tętnica udowa połączona z kimografionem, z lewej tętnicy udowej brano krew do probówek.

Tablica III.

Czas	Średnie ciśnienie krwi w mm słupa Hg	Uwagi
11 h 50′ 00″	72,0	Wzięta krew Nr 1, skrzepła po 9′
12 h 03′ 30″	72,0	Wprowadzono 9 c. sz. 5% peptonu Witte do żyły udowej.
12 h 04′ 15″	21,0	
12 h 05′ 40″		Wzięta krew Nr 2.
12 h 07′ 40″		Wzięta krew Nr 3.
12 h 15′ 00″		Wzięta krew Nr 4.
12 h 16′ 00″	12,5	Wprowadzono 40 c. sz. świeżego wyciągu z pokrajanych płuc na 0,9% NaCl do żyły udowej.
12 h 17′ 40″		Wzięta krew Nr 5.
12 h 18′ 40″	50,5	
12 h 22′ 30″		Wzięta krew Nr 6.
12 h 31′ 00″		Wzięta krew Nr 7.
12 h 40′ 00″		W probówkach Nr 2 do Nr 7 oddzielenie osocza; krew pozostała płynną aż do zagnicia.

Z doświadczeń tych wynika niezbicie, że wazodylatyna, wywołując niekrzepliwość krwi u psa, przez to samo chroni go od jadowitego działania świeżych wyciągów z narządów.

Dla dokładniejszej analizy tych zjawisk wykonałem jeszcze dwa dalsze doświadczenia.

27. V. 1913 r. Pies wagi 9,5 klgr. Tętnica szyjna połączona z kimografionem, z tętnicy udowej brano krew do probówek.

4 h 40′ — wzięto krew — skrzepła po 9′ 40″.
4 h 53′ 40″ — wprowadzono do żyły udowej 20 c sz. świeżego wyciągu z płuc na NaCl.
4 h 53′ 45″ — wzięto krew — skrzepła po 5′ 45″
4 h 53′ 50″ — wzięto krew — skrzepła po 25″
4 h 54′ — wprowadzono 15 c sz. 5% peptonu Witte. Ciśnienie krwi spadło z 70,5 mm Hg do 26 mm Hg.
4 h 54′ 05″ — wzięto krew — skrzepła po 25″
4 h 54′ 30″ — wzięto krew — nie krzepnie wcale.
5 h 04′ 25″ — wzięto krew — nie krzepnie wcale.

W doświadczeniu tem starałem się przekonać, o ile świeży wyciąg z płuc, wprowadzony do krwi psu w dawce, która nie zabija zwierzęcia, lecz wywołuje tylko stan wzmożonej krzepliwości, może zmienić działanie następowo wprowadzonej wazodylatyny. Okazuje się, że pepton Witte wprowadzony psu w chwili, kiedy krew wzięta do probówki krzepła już po 25″, daje jak zwykle typowe dla wazodylatyny działanie ze spadkiem ciśnienia i niekrzepliwością krwi.

Następne doświadczenie wykonałem w ten sposób, że wprowadzałem psu mieszaninę świeżego wyciągu z płuc na NaCl w dawce śmiertelnej z wazodylatyną w postaci 5% peptonu Witte w ilości, wywołującej zawsze silne działanie.

28. V. 1913 r. Pies wagi 7,5 klgr. Tętnica szyjna lewa połączona z kimografionem, z tętnicy udowej brano krew do probówek.

Tablica IV.

Czas	Średnie ciśnienie krwi w mm słupa Hg	Uwagi
5 h 45′	64,0	Wzięta krew Nr 1, skrzepła po 12′
6 h 06′ 45″	64,0	Wprowadzono do żyły udowej 51 c. sz. mieszaniny (40 c. c. świeżego wyciągu z płuc + 11 c. c. 5% peptonu W)
6 h 07′ 00″		Wzięta krew Nr 2, skrzepła po 40″
6 h 07′ 15″	22,0	Wzięta krew Nr 3, skrzepła po 2′ 55″
6 h 07′ 50″		Wzięta krew Nr 4, luźny duży skrzep po 2′ 50″
6 h 08′ 50″	65,5	Wzięta krew Nr 5, mały luźny skrzepik po 3′, reszta krwi płynna — stan ten pozostaje bez zmiany do zagnicia.
6 h 09′ 30″	65,5	Wzięta krew Nr 6 } o 8 h. wieczorem tego dnia oddzielenie osocza, krew do zagnicia pozostała płynna.
6 h 20′ 15″		» » » 7 }
6 h 42′ 20″		» » » 8 }
6 h 44′ 00″	64,5	Wprowadzono 40 c. sz. świeżego wyciągu z płuc na NaCl.
6 h 44′ 20″	39,0	Wzięta krew Nr 9, krew nie krzepnie wcale.
6 h 44′ 42″	66,5	
6 h 45′ 10″	66,5	Wzięta krew Nr 10, skrzepła po 19′ 50″
6 h 46′ 20″	66,5	Wzięta krew Nr 11, krew nie krzepnie wcale.

Z powyższego doświadczenia okazuje się, że świeży wyciąg z płuc w mieszaninie z peptonem Witte nie zabija psa. Działanie jednak wazodylatyny w takiej mieszaninie jest nieco inne, niż przy wprowadzeniu samej wazodylatyny. Różnice te polegają przedewszystkiem na zachowaniu się ciśnienia krwi. W doświadczeniu z 28. V. ciśnienie krwi po wprowadzeniu wyciągu i peptonu Witte spadło, jak zwykle, bardzo znacznie, bo z 64 mm słupa Hg. do 22 mm, jednak po 2 minutach już powróciło do poziomu prawidłowego i na takim poziomie utrzymało się do końca doświadczenia. Tasama dawka peptonu Witte (1,5 c. sz. 5% rozczynu na 1 klgr. wagi zwierzęcia), wstrzyknięta psu do krwi bez dodawania wyciągu z płuc wywołuje spadek ciśnienia, utrzymujący się bardzo długo. W doświadczeniu n. p. z 21. V. 1913 r., gdzie psu wagi 5 ½ klgr, przy ciśnieniu 72 mm słupa Hg. wprowadzono 9 c. sz. 5% rozczynu peptonu Witte, jeszcze po 12′ 30″ ciśnienie krwi = 12,5 mm słupa Hg.

Zmiany w krzepliwości krwi po wprowadzeniu mieszaniny wyciągu z płuc i peptonu Witte przebiegały cokolwiek odmiennie, niż po samym peptonie Witte. Sam pepton wywołuje stale po 30″ od końca wprowadzenia zupełną niekrzepliwość krwi; w naszem zaś doświadczeniu krew wzięta po 15″ i 30″ skrzepła wcześniej, niż w warunkach prawidłowych, i jeszcze Nr 4, wzięty po 1′ 05″ a nawet Nr 5 — po 2′ 05″ dawał częściowe skrzepy; dopiero późniejsze porcye, brane po 2′ 45″ i później, nie krzepły całkowicie. Zasługuje też na uwagę fakt, że świeży wyciąg z płuc, wprowadzony w ilości 30 c. sz. w okresie zupełnej niekrzepliwości krwi, przemijająco zwiększył krzepliwość: porcya Nr 10, wzięta po 70″ od wprowadzenia, skrzepła po 19′ 50″; Nr 11 jednak, wzięty po 2′ 20″, zupełnie nie krzepł.

Przytoczone doświadczenie ma wielką wagę ze względu na mechanizm działania wazodylatyny. Wazodylatyna, jak wiadomo, nie wywołuje in vitro niekrzepliwości krwi. Objawy działania wazodylatyny [1]) po wprowadzeniu do krwi zależą nie od niej samej, lecz od nowych ciał, wytwarzających się pod wpływem wazodylatyny w ustroju. Jak to wykazał Popielski, pod wpływem wazodylatyny, wprowadzonej do krwi, powstają ciała, wytwarzające z jednej strony niekrzepliwość krwi, z drugiej obniżające ciśnienie. Jednem słowem ciało, obniżające parcie krwi, nie jest identyczne z ciałem, wywołującem niekrzepliwość krwi. Moje doświadczenia potwierdzają ten wniosek. W przytoczonem doświadczeniu ciśnienie krwi obniżyło się po 30″ od wprowadzenia, a zupełna niekrzepliwość krwi wystąpiła dopiero po 2′ 45″, a więc w chwili, kiedy parcie krwi było już prawidłowe.

III.

Z badań głównic Morawitza wiadomo, że świeże wyciągi z narządów przyspieszają krzepliwość krwi także in vitro. Było rzeczą ważną wykazać, w jakim stosunku krzepliwość krwi in vitro znajduje się do krzepliwości krwi in vivo. Innemi słowy, czy znając krzepliwość krwi in vitro, możemy wyciągnąć wniosek, jak będzie działać dany wyciąg in vivo?

Doświadczenia, wykonane w tym kierunku, umieszczam w tablicy V.

Z doświadczeń tych wynika, że działają śmiertelnie na króliki takie dopiero wyciągi, od których dodania krew krzepnie w ciągu 25″—45″. W tych przypadkach, w których krew krzepnie po 1′ 35″ i wyżej, wyciągi nie okazują działania. Fakty te można zużytkować w badaniach nad jadowitością wyciągów z narządów, nie uciekając się do wprowadzania ich zwierzęciu. Niewątpliwie trombokinaza znajduje się zarówno w wyciągach, wywołujących krzepnięcie krwi po 25″—30″—45″, jak i po 1′ 35″. Jeżeli in vivo miałaby działać trombokinaza, to, jako ferment, wywołałaby śmiertelny skrzep w naczyniach zwierzęcia i w tym przypadku, kiedy skrzep in vitro występuje po 1′ 35″ (prawidłowo krew krzepła po 11′).

Ponieważ w tym ostatnim przypadku śmierć nie następuje, należy wnosić, że przyczyną skrzepów nie jest trombokinaza, ale inne ciała, znajdujące się w wyciągach. Wobec tego, że po zagotowaniu, po wstrząsaniu z kaoliną, węglem zwierzęcym, wyciągi tracą jadowite działanie, należy zgodnie z Rogerem przypuszczać, że ciała te najprawdopodobniej działają nie jak fermenty, ale jako ciała białkowe, które przy zetknięciu z ciałkami krwi ulegają adsorpcyi, odkładaniu się na powierzchni ciałek, co wiedzie do skrzepów. Jeżeli przed wprowadzeniem do krwi poddać wyciągi działaniu takich ciał, jak kaolina, węgiel, posiadających wybitne zdolności adsorpcyjne i w ten sposób pozbawić wyciągi tych ciał białkowych, to wyciągi tracą jadowite działanie. W tym przypadku jadowitość wyciągów zależy od ich fizycznych własności, od pewnego fizycznego stanu ciał białkowych, przedostających się do wyciągów podczas dzia-

[1]) Popielski — Die Ungerrinnb. des Blutes und Vasodilatin Extr. du Bull. de l'Académie des Sc. de Cracovie. Cl. des sc math. et nat. Série B. 1912.

Tablica V.

Doświadczenia z wpływem wyciągów z płuc na krzepliwość krwi in vitro

Data i Nr doświadczenia	Ilość i rodzaj ciała zmieszanego z krwią w probówce	Po jakim czasie krew skrzepła	Działanie badanego w probówce ciała na królika in vivo
14. V. 1913 królik 2500 gr.	1) Krew prawidłowa (6 c. sz.)	11′ 00″	
	2) 1 c. sz. wyciągu z płuc + 6 c. sz. krwi.	20″	+
	3) 1 c. sz. wyciągu z płuc gotowanych przez 2′—4′ + 6 c. sz. krwi.	2′ 45″	nie działa
	4) 1 c. sz. wyciągu z płuc wstrząsanych z granatkami i piaskiem + 6 c. sz. krwi	30″	+
I.	5) 1 c. sz. wyciągu z płuc po granatkach, piasku i kaolinie + 6 c. sz. krwi	10′ 40″	nie działa
	6) 1 c. sz. wyciągu z płuc po przesączeniu przez sączek Berkefelda + 6 c. sz. krwi	1′ 35″	nie działa
	7) 1 c. sz. wyciągu z płuc po zagotowaniu i przesączeniu + 6 c. sz. krwi	5′ 05″	nie działa
	8) 1 c. sz. wyciągu z płuc po wstrząsaniu z kazeiną + 6 c. sz. krwi	45″	+
21. V. 1913 królik 2000 gr.	Krew prawidłowa (6 c. sz.)	4′ 30″	
	1) 1 c. sz. wyciągu z płuc po krótkotrwałem wstrząsaniu z węglem zwierzęcym + 6 c. sz. krwi	25″	+
II.	2) 1 c. sz. wyciągu z płuc po 5′ wstrząsania z węglem zwierzęcym + 6 c. sz. krwi	2′ 25″	nie działa
	3) 1. c. sz. zagotowanego i przesączonego wyciągu z płuc + 6 c. sz. krwi	1′ 40″	nie działa
	4) 1 c. sz. wyciągu z płuc po 5′ wstrząsania z mączką ryżową + 6 c. sz. krwi	40″	+
27. V. 1913 pies 9,5 kg.	1) Krew prawidłowa krzepnie po	9′ 40″	
	2) 1 c. sz. wyciągu z płuc + 6 c. sz. krwi krzepnie po	25″	+
	3) 1 c. sz. 5% rozczynu peptonu Witte + 6 c. sz. krwi	7′ 50″	
III.	4) 1 c. sz. wyciągu z płuc + 1 c. sz. 5% peptonu Witte + 6 c. sz. krwi	30″	
	5) 1 c. sz. wyciągu z płuc + 6 c. sz. niekrzepliwej krwi z psa, znajdującego się pod wpływem wazodylatyny (peptonu Witte)	nie krzepnie wcale	

łania 0,9% Na Cl na pokrajane części narządu. Jadowitość wyciągów z narządów nie zależy od β Imid, jak to przypuszczają niektórzy z autorów, co widać z zachowania się królików względem β Imid, np. w następującem doświadczeniu.

27. V. 1913 r. wykonałem doświadczenie na króliku wagi 2500 gr. Lewa tętnica szyjna połączona z kimografionem; prawa tętnica udowa odpreparowana dla brania krwi do probówki.

Krew prawidłowa skrzepła po 6′ 30″.

11 h 56′ 35″ — wprowadzono 1 c. sz. świeżego 0, 1% rozczynu β Imid.

Ciśnienie krwi podniosło się z 68 mm słupa Hg. do 97, 5 mm Hg.

Krew wzięta o 11 h 58′ 30″ skrzepła po 8′.

Królik zachowuje się zupełnie prawidłowo

Doświadczenie to wykazuje jasno, że działanie β Imid i wyciągów z narządów na króliki jest zupełnie inne.

Wnioski: 1) Wyciągi na wodzie, 0,9% NaCl, N/10 HCl z roztartych narządów zawierają w sobie wazodylatynę.

2) Wyciągi na 0,9% Na Cl z pokrajanych na kawałki narządów zawierają w sobie ciała, wywołujące przy wprowadzeniu do krwi skrzepy w naczyniach żylnych, co wiedzie do zaduszenia zwierzęcia.

3) Wyciągi z pokrajanych narządów przyspieszają krzepliwość krwi nietylko in vivo, ale także in vitro.

4) Tylko takie wyciągi są śmiertelne dla zwierzęcia, które in vitro wywołują krzepnięcie krwi w ciągu 25″—45″.

6) Wyciągi osłabione co do działania, wprowadzone do krwi zwierzęcia, wywołują u niego chwilowy stan uodpornienia przeciwko śmiertelnym dawkom wyciągu prawidłowo jadowitego.

Ciała, posiadające zdolności adsorpcyjne, jak kaolina, węgiel zwierzęcy i t. p. przy wstrząsaniu z wyciągami, dalej przepuszczenie wyciągu przez sączek Berkefelda, zmniejsza lub nawet zupełnie znosi jego działanie na krzepliwość krwi in vivo i in vitro.

7) Ciała, które w wyciągach podnoszą krzepliwość krwi, są ciałami białkowemi.

9) Ciała te działają na krew prawdopodobnie nie jako fermenty, lecz jako ciała białkowe, które przy zetknięciu z ciałkami czerwonemi ulegają adsorpcyi, odkładaniu się na powierzchni ciałek, co wiedzie do skrzepów.

Wyciągi na 0,9% NaCl z pokrajanych narządów, wprowadzone do krwi zwierzęcia jednocześnie z wazodylatyną, zmieniają obraz działania wazodylatyny.

10) Zatrucie wazodylatyną, wywołującą niekrzepliwość krwi, chroni zwierzę od śmiertelnego działania wyciągów z pokrajanych narządów.

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologia i syfilidologia.

Rygier i Müller. **Dziegieć z węgla kamiennego w dermatologii.** (Archiv. f. Derm, u. S. T, 114). Autorowie stosowali leczenie dziegciem z węgla kamiennego w różnych schorzeniach skóry, szczególnie w wyprysku przewlekłym, a także w świerzbiączce i różnych sprawach chorobowych, którym towarzyszy świąd. Wyniki tego leczenia zachwycają autorów: Leczenie dziegciem poprzedzają R. i M. zwykle podaniem chorym tumenolu i ichtyolu w maściach lub rozczynach wodnych. Surowy dziegieć z węgla kamiennego uważają R. i M. za daleko lepszy, aniżeli różne przetwory, z takiego dziegciu wyrabiane. H. L. Weber.

Kopytowski. **Przyczynek do zmian patologicznych, jakim ulega skóra zdrowa po powleczeniu jej maściami siarczanemi.** (Archiv. f. Derm. u. S. T. 114). K. badał mikroskopowo skórę worka mosznowego, którą przed wycięciem powlekał 20% maścią siarczaną. Naciek leukocytów w skórze, w której powyższym sposobem K. wywoływał stan zapalny, był nieznaczny, a przeważały leukocyty jednojądrzaste. Główne zmiany napotykał K. w warstwie brodawkowej i nabłonku; śródbłonek naczyń w warstwie brodaw-

kowej był zgrubiały i jakby obrzękły, Nabłonek okazywał również zgrubienie i rozpulchnienie, zrogowacenie komórek nabłonkowych nie było jednak zupełne. A. L. Weber.

Stern. **Arzoospermia.** (Archiv. f. D. u. S. T. 111). W krótkiej swej pracy opisuje autor różne rodzaje niepłodności u mężczyzn, wrodzonej, nabytej, rzeczywistej i pozornej, dłuższą uwagę poświęca niepłodności, powstałej wskutek przebycia zapalenia najądrzy na tle wiewióra i kończy następującem zdaniem: »Brak plemników u ludzi, którzy przebyli zapalenie najądrza wywołane przez dwoinki Neissera, utrzymujący się od dnia zapalenia przez 3—4 miesiące, o ile moje doświadczenie poucza, nie daje się usunąć żadnymi środkami leczniczymi, ani też sam nie ustępuje, pozostając na zawsze«. H. L. Weber.

Bernhardt. **O leczeniu tocznia żrącego metodą Herxheimera-Altmana.** (Archiv. f. D. u. S. T. 114). B. wstrzykuje chorym cierpiącym na liszaja żrącego śródżylnie 0·3 salwarsanu raz na 4 tygodnie, lecząc ich w przerwach wstrzykiwaniami tuberkuliny. Leczenie to uważa B. za bardzo wskazane zwłaszcza przy toczniu wrzodziejącym, jednakowoż za niewystarczające samo przez się, dlatego też leczenie miejscowe jest obok tego koniecznem. Jedynie zmiany na błonach śluzowych przy stosowaniu samego tylko leczenia salwarsanem i tuberkuliną często ulegają zabliźnieniu i wyleczeniu. H. L. Weber.

Matzenauer i Polland. **Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica.** (Archiv. f. Derm. u. S. T. 111). Pod nazwą tą opisują autorowie 6 przypadków zmian na skórze, które spostrzegali u chorych, cierpiących na zaburzenia w miesiączkowaniu. Choroba charakteryzuje się występowaniem symetrycznie się sadowiących zapaleń skóry, uporczywie się utrzymujących się i powracających, które występują to jako rumień, to jako pokrzywka albo sączące zapalenie skóry, rzadziej jako zgorzel skóry. Często dają się równocześnie zauważyć zaburzenia w narządach krążenia. M. i P. sądzą, że w tych przypadkach chodzi o zaburzenie natury ogólnej, które powstają z powodu zaburzeń w wydzielaniu jajników. H. L Weber.

Wischer. **Dwa przypadki niezwykłego powikłania wiewióra.** (Archiv. f. u. Syph. T. 113). Przypadek pierwszy dotyczył dziewczynki, cierpiącej na wiewióra, u której w okolicy narządów płciowych wytworzył się duży ropień. Drugi przypadek spostrzegał W. u mężczyzny, u którego na lewym goleniu powstał podobny ropień, jednakże pod okostną. W obu przypadkach z wydobytej ropy udało się wyhodować dwoinki Neissera. Oba przypadki wyleczono na drodze operacyjnej. H. L. Weber.

Rille. **O kiłowej zmianie pierwotnej na pępku.** (Archiv, f. Derm. u. Syph. T. 113). Zmiana kiłowa pierwotna na pępku należy do bardzo rzadkich. Opisany przez R. przypadek, zresztą zupełnie typowy, ciekawy jest jedynie przez swe usadowienie. Gruczoły pachowe u tego chorego były silnie powiększone i niebolesne. W jaki sposób chory w tem właśnie miejscu nabawił się kiły, powiedzieć nie umiał, czy też nie chciał. H L. Weber.

Zinsser. **Zmiany na zębach w kile wrodzonej.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 113). Autor zwraca uwagę, że (co już zresztą pierwszy Fournier zauważył) zmiany na pierwszych zębach trzonowych (dentes molares) u ludzi obarczonych kiłą wrodzoną są daleko częstsze, aniżeli zmiany, opisane przez Hutchinsona na zębach siecznych. Zmiany owe polegają na tem, iż pierwsze pary zębów trzonowych są mniejsze, niedokształcone i słabsze, z którego to powodu powierzchnia ich szybko się ściera i kruszy. H. L. Weber.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Lévai. **Białaczka jako następstwo wypadku.** (Arztl. Sachverständigen-Ztg. 1912. Nr 20). Właściwa przyczyna białaczki jest nieznana; przez różnych autorów ogłoszone przypadki zdają się dowodzić, że pewne urazy mogą białaczkę wywołać. W przypadku autora chodziło o uraz miednicy z równoczesnem uszkodzeniem dróg moczowych. Okoliczność, że obrażony od czasu urazu powyższego stale chorował, a pierwsze objawy białaczki przy ciągłej lekarskiej obserwacyi wystąpiły w 7 miesięcy po wypadku, a zatem po okresie wystarczająco długim do rozwinięcia się białaczki, przemawiała z wielkim prawdopodobieństwem za tem, że choroba nie istniała przed wypadkiem, lecz dopiero po nim się rozwinęła. J. Olbrycht.

Elank. **Usunięcie połkniętej igły z bańki odbytnicy,** (ampulla recti). (Wiener klin. Wochenschr. 1913 Nr 9). W grudniu 1911 połknął żołnierz igłę, zostawioną przypadkowo w kubku. W lutym 1912 stwierdzono rentgenologicznie jej obecność przed kością ogonową. Badanie palcem wykazało że leżała ona poprzecznie w bańce odbytnicy (ampulla recti). Wprowadzony palec zdołał jej koniec uwolnić, a w ten sposób podłużnie ustawioną igłę usunięto z łatwością zapomocą szczypczyków. J. Olbryht.

Fornara i Quareli. **Przypadek zatrucia paraldehydem i jego leczenie.** (Berl. klin. Wochenschr. 1912 Nr 52). Przewlekłe zatrucie paraldehydem coraz większemi dawkami; ostatnia wynosiła jednorazowo 100 gramów. Wystąpił obłęd zupełnie podobny do opilczego, z największem natężeniem objawów w 4 pierwszych dniach. Oddech z wybitnym zapachem paraldehydu, wysoka ciepłota, szybkie i słabe tętno, obfite wydzielanie potu, wzmożenie pragnienia i wydzielania moczu. Raz wystąpił napad, podobny do padaczkowego. Wyleczenie przy podawaniu pantoponu. J. Olbrycht.

Olbrycht: **Sądowo-lekarskie znaczenie mikrochemicznych odczynów Bokarnisa i Dominicisa.** (Aertzl. Sachverst. Ztg. 1913 Nr 10). Wyniki wyczerpujących badań autora, dokonanych w krakowskim zakładzie sądowo-lekarskim z nasieniem ludzkiem i zwierząt, oraz licznemi substancyami dowodzą, że mikrochemicznym odczynom Dominicisa (kwadratowe kryształy koloru owocu granatu występujące przy zetknięciu się nasienia z trójbromkiem złota) i Bokarnisa (półksiężycowate, jasne, bezbarwne płytki, tworzące się pod wpływem kwasu fosforowo-wolframowego) nie można przypisywać znaczenia rozpoznawczego co do nasienia. Odczynowi Bokarnisa odmawia autor wogóle wszelkiego znaczenia, a to z powodu trudności wyszukania w preparacie rzekomo charakterystycznych tworów, z powodu ujemnego niejednokrotnie wyniku mimo obecności świeżego nasienia, a stale prawie ujemnego przy śladach dawniejszego pochodzenia. Odczyn Dominicisa stanowi natomiast zdaniem O. bardzo dobrą próbę wstępczą, która może obok próby Florence'a poprzedzić jedyny, jak dotychczas, pewny sposób stwierdzenia nasienia przez wykazanie nieuszkodzonych plemników. Horoszkiewicz.

Wspomnienie pozgonne.

19. sierpnja r. b. zmarł w Krakowie Dr med. Stefan Królikowski, prezes Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego, wybrany na tę godność zaledwo przed kilku miesiącami po zgonie ś. p. Józefa Czajkowskiego. Poprzednio stale bywał obierany na wiceprezesa, dzięki niepospolitym zaletom charakteru i umysłu. Nieznany szerszemu ogółowi, nie goniący nigdy za rozgłosem, zadanie swego życia widział w sumiennem spełnianiu praktyki lekarskiej i obowiązków społecznych. Doskonale przygotowany do swego zawodu przez sumienne studya z początku w Warszawie, skąd jednak za żywy udział w słynnej »aferze apuchtinowskiej« został relegowany, następnie w Bernie pod kierunkiem takich uczonych, jak Lichtheim, Kocher, Nencki, u którego rozprawę doktorską napisał, po zdaniu egzaminów państwowych w Dorpacie, osiada w Łęcznie, a po paru latach przenosi się do Zagłębia, gdzie kilka lat zajmuje stanowisko lekarza fabrycznego w Grodźcu i zyskuje ogromne zaufanie śród ludu, następnie 15 lat pracuje jako lekarz szpitala w Będzinie: ostatnie 2 lata zajmuje stanowisko lekarza miasta Będzina. Jako

lekarz praktyk należał do tych, niestety, coraz rzadszych typów lekarzy, którzy w pacyencie nie widzą li tylko materyału klinicznego, albo źródła zysków materyalnych, lecz cierpiącego bliźniego. W zajęciu się chorym, w sumienności posuniętej do pedantyzmu, we współczuciu, jakie okazywał i odczuwał dla każdego chorego niezależnie od jego stanowiska społecznego, a może więcej jeszcze dla maluczkich, niż dla możnych tego świata, mógł służyć za wzór dla każdego lekarza i tem też wszystkim kolegom imponował i szacunek wzbudzał. Nietylko jednak zaletami praktyka zdobył poważanie kolegów ś. p. Królikowski; posiadał on niepospolite cechy charakteru, posiadał odwagę cywilną otwarcie prawdę w oczy mówić, karcić publicznie to, co było godnem skarcenia, i, sam dzierżąc wysoko sztandar godności lekarskiej, swoim bezpośrednim wpływem zmuszał do tegoż innych. Jako obywatel kraju, gorąco się przejmował jego sprawami, posiadał jednak zbyt krytyczny umysł, aby we wszelkich sprawach iść za owczym pędem tłumu. Szczególnie na sercu mu leżała oświata młodzieży i przez szereg lat był jednym z najczynniejszych członków Rady Opiekuńczej polskiej szkoły handlowej w Będzinie.

Niechaj pamięć jego wskazuje nam zawsze ten ideał lekarza, do jakiego każdy z nas dążyć powinien. Oby stosunki koleżeńskie i wysoki poziom etyczny śród nas na zgonie Królikowskiego nie ucierpiały!

Cześć pamięci dzielnego lekarza, zacnego człowieka i obywatela! S. Weinzieher.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. VIII. do 30. VIII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (obcych 1 † —), krztuśca 7 † 1, ospy wietrznej —, płonicy 25 † 4 (7 † —), odry 19 † 3 (2 † —), duru brzusznego 2 † — (— † —), czerwonki 5 † 2 (2 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Zmarły w Warszawie ś. p. Jan Geller zapisał szpitalowi Dzieciątka Jezus 10.000 rb. na założenie pracowni kliniczno-dyagnostycznej przy oddziale chorób wewnętrznych, a 40,000 rb. na utrzymanie tej pracowni. Pierwszym kierownikiem pracowni naznaczył testator Dr Czesława Otto; następnych mianować będzie grono ordynatorów szpitala.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 18. VIII. do 25. VIII. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 7 † 1, duru wysypkowego — † —, róży —, czerwonki 3 † —, duru brzusznego —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w Berlinie 22—25 października b. r. W d. 22. o 10 rano w sali parlamentu odbędzie się zebranie niemieckich »Opiek« (Fürsorgestellen), o 3 pop. posiedzenia komisyi. Ogólne posiedzenie Zjazdu otwarte zostanie 23. X. o 10 rano. Tematem obrad będzie: »Człowiek a gruźlica«. Wykłady wygłoszą Landouzy i Hamburger. Popołudniu temat obrad: »Chirurgiczne leczenie gruźlicy«, referenci Brauer i Tuffier. W d. 24. X. będzie tematem obrad: »Znaczenie instytucyi ubezpieczenia dla walki z gruźlicą«, (Fränkel, Fuster, Kaufmann), oraz »Szkoły zawodowe dla zagrożonych gruźlicą dzieci« (Blumenthal, Chaptal i Pannwitz); popołudniu szereg wykładów. Przy zamknięciu Zjazdu 25. X. przedłożone będzie sprawozdanie o postępach walki z gruźlicą w różnych krajach. 26. X. wycieczka do Zakładu w Hohenlinden, po Zjeździe wycieczki na południe Niemiec i do Hamburga. Zgłaszać się należy do międzynar. Towarzystwa przeciwgruźliczego (Berlin, W. 35. Schöneberger Ufer 13).

Dr A. Kuczewski (z Zakopanego).

Mianowani: Doc. pryw. Dr Witold Nowicki, redaktor Tygodnika lekarskiego, został mianowany nadzwyczajnym profesorem anatomii patologicznej w uniwersytecie lwowskim.

Dr Witold Orłowski, profesor dyagnostyki w uniwersytecie kazańskim otrzymał katedrę kliniczną.

Dr Edward Żebrowski, docent uniwersytetu kijowskiego, mianowany profesorem nadzwyczajnym patologii i terapii uniwersytetu w Charkowie.

W galicyjskiej służbie rządowej koncepiści sanitarni Dr Stefan Świątkowski, Dr Adolf Parecki i Dr Stanisław Okoniewski zostali mianowani lekarzami powiatowymi, a asystenci sanitarni Dr Antoni Horak, Dr Władysław Czyżowski i Dr Franciszek Chuderski koncepistami sanitarnymi.

Zmarli: Dr Kazimierz Mitschka, lekarz pułkowy, we Wiedniu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LII. Kraków, dnia 13 września 1913 Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z ambulatoryum dla chorób ucha i nosa w szpitalu izraelickim w Krakowie.

Kazuistyka z dziedziny chorób ucha i górnych dróg oddechowych

podał

Dr R. Spira,

kierownik ambulatoryum.

Otitis externa vaccinosa.

Zachorowania wtórorzędne narządu słuchowego w następstwie choroby zakaźnej zdarzają się bardzo często. Najczęściej bywa wtórorzędnie zajęte ucho środkowe (przy płonicy, błonicy, grypie, odrze, durze i t. p.), rzadziej ucho wewnętrzne, a najrzadziej ucho zewnętrzne. Gdy powikłanie w uchu środkowem i wewnętrznem powstaje przeważnie pośrednio drogą górnych dróg oddechowych, trąbki, albo drogą krążenia krwi i limfy, to ucho zewnętrzne częściej ulega zakażeniu przez bezpośrednie przeniesienie zarazka różnemi narzędziami lub palcami z innego miejsca chorego na małżowinę uszną lub na przewód ucha zewnętrzny. Dlatego też współudział ucha zewnętrznego w różnych chorobach zakaźnych zdarza się stosunkowo rzadko, w przeciwieństwie do ucha środkowego, które w nich bardzo często bywa zajęte. Do chorób zakaźnych, które stosunkowo rzadziej wikłają się z chorobami usznemi należy ospa. Jednakże i w tem cierpieniu spostrzegano i opisano różne zmiany chorobowe na wszystkich częściach narządu słuchowego, w uchu zewnętrznem, na błonie bębenkowej, w trąbce, w jamie bębenkowej, w uchu wewnętrznem, a nawet głuchoniemotę. Do wyjątkowych zaś rzadkości należy zajęcie narządu słuchowego w następstwie choroby szczepionkowej, wskutek przeniesienia zarazka z krosty szczepionkowej na ucho.

Wiemy z doświadczenia, że różne choroby zaraźliwe skóry dają się przenieść przez drapanie zanieczyszczonymi paznokciami na ucho. Znaczna część przypadków czyraka usznego ma przyczynę w przeniesieniu jadowitych drobnoustrojów za pośrednictwem brudnych palców do torebek włosów na ścianach przewodu ucha zewnętrznego (Otitis externa ex infectione). W pracy mojej o gruźlicy ucha wskazałem, że zmiany gruźlicze mogą powstać w uchu zewnętrznem przez dłubanie i wiercenie w uchu palcami, zanieczyszczonymi plwocinami gruźliczemi. Z góry przypuścić można, że wszelkie inne sprawy zakaźne, szczególnie ze skóry, w podobny sposób mogą być przenoszone na narząd uszny.

Rzadki tego rodzaju przypadek miałem sposobność spostrzegać w naszem ambulatoryum w roku 1911.

Pr. Nr 575. 1911. Dnia 18. czerwca przedstawia się 32-letnia mamka R. J. i podaje, że dziecko przez nią karmione, szczepiono przed 3 tygodniami, że krostka szczepionkowa oderwała się, przez co powstał w miejscu szczepionem wrzód, który, jak się zdaje, mamka palcami często dotykała. Przed paru dniami wystąpiły u chorej wrzody na ręce, na twarzy i w uchu po lewej stronie. Przy badaniu znajduje się nad stawem nadgarstkowym lewym ograniczony naciek z wrzodem, z brzegami ropiejącymi i z czarnym strupem w środku. Na wardze nad szczęką dolną podobny wrzód, pokryty tkanką ziarninową i wydzieliną ropiastą. Wejście do ucha lewego wypełnione ropą, rowek między skrawkiem a przeciwskrawkiem, wypełniony szarobiałą, miękką tkanką gąbczastą, o powierzchni nierównej, guziczkowatej, wydzielającą, przy dotykaniu bolesną. Tkanka ta ciągnie się wzdłuż dolnej ściany przewodu na 1 cm głębokości, wypełniając zewnętrzną część przewodu ucha zewnętrznego. Reszta chrząstkowej części przewodu obrzękła, światło ścieśnione, słuch upośledzony.

Część tej tkanki wyskrobałem i posłałem do badania w zakładach bakteryologicznym i anatomopatologicznym Uniw. Jagiellońskiego; badanie to jednak nie wykazało nic więcej nad zropiałą tkankę zupełnie nekrotyczną, o której przyrodzie nic pewnego powiedzieć nie było można. Wrzód w uchu oczyszczałem i pędzlowałem rozczynem azotanu srebrowego.

23. VI. Wrzód na wardze przedstawia się w postaci czystego kraterowatego zagłębienia, o średnicy 1 cm; ściany przewodu usznego mniej obrzmiałe. Zewnętrzna część dolnej ściany przewodu ucha zewnętrznego i część małżowiny usznej między skrawkiem a przeciwskrawkiem, pokryta nierówną warstwą szarawą, lekko bolesną, mniej grubą niż poprzednio, składającą się z ropą pokrytych granulacyi. Światło przewodu przestronniejsze, błona bębenkowa już widzialna okazuje się zgrubiałą, przyćmioną, słuch lepszy. Pędzlowanie wrzodu 10% rozczynem azotanu srebra i opatrunek przeciwgnilny.

26. VI. Wrzód na twarzy coraz mniejszy i czyściejszy. W uchu zewnętrznem granulacyi coraz mniej. Wśród postępującego gojenia się wrzodów chora przestaje chodzić do ambulatoryum i usuwa się od obserwacyi.

Na podstawie wywiadów i przebiegu choroby nie może ulegać wątpliwości, że cierpienie uszne w tym przypadku powstało tu przez przeszczepienie zarazka krowiankowego, zapomocą zanieczyszczonych palców z krosty szczepiankowej na ramieniu oseska na rękę i twarz mamki i ztąd na jej ucho.

Podobny przypadek znalazłem w piśmiennictwie tylko jeszcze jeden. Mianowicie na IV. Zjeździe niemieckiego Towarzystwa otologicznego w czerwcu w r. 1875 w Jenie podaje Szenes własny przypadek, tyczący się mamki 16-letniej, która zakaziła się szczepionką z ramienia szczepionego oseska. Przewód ucha zewnętrznego był obrzmiały, napełniony ropą. Po 3 tygodniach wyleczenie z pozostawieniem blizny na dolnej ścianie wejścia do przewodu. Blizna ta była zupełnie podobną do blizny, pozostałej na ramieniu oseska po szczepieniu krowianką.

Myringitis acuta haemorrhagica.

Między chorobami ucha najrzadsze są pierwotne, odosobnione zmiany błony bębenkowej. Błona ta ulega zmianom chorobowym po największej części wtórorzędnie w następstwie chorób ucha zewnętrznego lub środkowego. Zapalenie błony bębenkowej, jej przedziurawienie, zmiany w grubości, blasku, wypukleniu, jak blizny, zaniki, zaklęśnięcie, wysklepienie, przekrwienie, jak i inne ostre i przewlekłe chorobowe jej zmiany powstają w następstwie chorób trąbki lub przewodu ucha zewnętrznego. Do samodzielnych chorób błony należą pęknięcie i ostre zapalenie. Zapalenie ostre jest tak rzadkie, że niektórzy lekarze jego istnieniu zupełnie przeczą; a jednak istnienie to nie ulega żadnej wątpliwości. Przyczyna tego zapalenia nie zawsze jest znana. Sam widziałem raz ostre zapalenie błony bębenkowej, powstałe wskutek zadziałania przeciągu zimnego powietrza, raz po kąpieli rzecznej. Nie liczę tu tych niewielu przypadków, które widziałem przy grypie, po oparzeniu ucha wewnętrznego i po chemicznem podrażnieniu płynami ostrymi, jak naftą, jodyną, ponieważ w tych przypadkach zapalenie błony wprawdzie także powstało pierwotnie, ale nie było odosobnionem, ale prawie zawsze w towarzystwie równocześnie powstałej choroby jamy bębenkowej lub przewodu ucha zewnętrznego.

Ostre pierwotne zapalenie błony bębenkowej nie odróżnia się przedmiotowo od zapalenia towarzyszącego zapaleniu jamy bębenkowej. Widzimy błonę zaczerwienioną, nastrzykaną, rozpulchnioną i zgrubiałą tak, że części młotka nie są widzialne. W krótkim czasie błona bębenkowa zaczyna wydzielać płyn surowiczy, który podnosząc warstwę nabłonkową tworzy pęcherzyki, napełnione treścią żółtawą (myringitis bullosa). Rzadziej wydzielina jest surowiczo-krwawa, na błonie występują podbiegnięcia krwawe w postaci sinoczerwonych punkcików różnej wielkości albo krwawą cieczą napełnione pęcherzyki (myringitis haemorrhagica). Jeszcze rzadziej powstają na błonie małe ropnie po których pęknięciu pozostają małe wrzodziki. Wskutek złuszczania się nabłonka błona wydaje się czasem jakby posypana białym proszkiem. Z objawów podmiotowych bóle w uchu bywają bardzo silne, potęgujące się przy dotykaniu ucha i przy ruchach szczęki. Bóle te nieraz rozpromieniają się na głowę, na szyję. Rzadziej zdarza się dzwonienie i uczucie tętnienia w uchu. Natomiast słuch bywa zwykle bardzo mało tylko upośledzony. Przebieg jest prawie zawsze pomyślny. W przeciągu kilku dni bóle ustępują, błona bębenkowa blednie i następuje zupełne wyleczenie.

Rozpoznanie samejże choroby nie sprawia trudności, ze względu na opisane przed chwilą i w oczy wpadające zmiany przedmiotowe na błonie bębenkowej. Natomiast rozpoznanie pierwotnej przyrody choroby może przedstawiać znaczne trudności. Albowiem z powodu zgrubienia błony bębenkowej jama bębenkowa staje się dla badania wzrokiem nieprzystępną i wyłączenie zapalenia ucha środkowego może być trudnem. Jedyną pewną wskazówkę rozpoznawczą daje nam badanie słuchu. Albowiem jak już wspomniałem, mimo znacznych zmian na błonie i silnych bólów, słuch bywa przy tej chorobie nieznacznie zajęty; natomiast przy zajęciu ucha środkowego następuje niebawem obfity wysięk do jamy bębenkowej i znaczne upośledzenie słuchu. Także przebieg jest w zapaleniu samej błony bębenkowej łagodniejszy, krótszy, niż w zapaleniu ucha środkowego.

Leczenie w tej chorobie nie różni się wiele od leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego i ma być w początku przeciwzapalnem. A więc stosuje się upust krwi przez pijawki w okolicy skrawka, okłady lodowe względnie gorące z octanu glinowego. Na silne bóle używa się nacierań okolicy ucha środkami kojącymi, jak chloroform, ol. hyoscyami aa., lub kropli do ucha, zawierających kokainę, morfinę, anestezynę i t. p. Wewnętrznie polecamy aspirynę. Poza tem spokój, unikanie napojów wyskokowych i pokarmów drażniących. Gdzie wielkich bólów niema, tam sama ochrona ucha przed szkodliwymi wpływami zewnętrznymi i silnymi dźwiękami przez wkładanie kawałka czystej suchej waty lub gazy do ucha zewnętrznego wystarczy w największej części przypadków zupełnie.

Pr. Nr 636. 1911. N. T., 15-letni chłopiec, zgłasza się do ambulatoryum d. 2. VII. podając, że dnia poprzedniego po kąpieli w Wiśle wystąpiły ogromne bóle w uchu lewem i w głowie, szczególnie silnie w lewej połowie czoła tak, że z powodu bólów chory noc przepędził bezsennie. Gorączki niema, słuch dobry. W uchu zewnętrznem zmian niema. Błona bębenkowa silnie nastrzykana, zgrubiała, krwią sącząca, miejscami białemi grudkami zmacerowanego naskórka pokryta. W zewnętrznym przewodzie ucha nieco płynnej krwi. Wobec zmian przedmiotowych i stanu słuchu rozpoznanie było łatwem. Zapisałem: »Rp. Spirit. vin., glycerin aa 5,0, cocain 0.5. MDS. Krople do ucha«, wewnętrznie podałem aspirynę i zaleciłem spokój. Dnia 3. VII. Chory spał lepiej, bolów było mniej, wata w uchu krwią przesiąknięta. W następnych dniach krwawienie ustało i błona bębenkowa szybko wróciła do stanu prawidłowego. Według wywiadów chory był obciążony krwawiączką. Rozpoznanie nasze brzmiało: Myringitis acuta haemorrhagica in individuo haemophilo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

(Z kliniki chorób dziecięcych Uniw. Jagiell. w Krakowie).
(Kierownik Prof. Dr Lewkowicz).

Przypadek zarośnięcia osierdzia na tle gruźlicy z charakterystycznymi elektrokardyogramami.

Podali

J. Latkowski. (Część elektrokardyograficzna). **K. Lewkowicz.** (Część kliniczna).

(Dokończenie).

Opierając się na tych rozważaniach teoretycznych i zważywszy, że przy odprowadzaniu prądu z lewej strony, względnie od lewej ręki i prawej nogi otrzymywałem tylko minimalne drżenie struny galwanometru, przypuściłem, iż głównie z tej strony znajduje się w otoczeniu serca tkanka chorobowo zmieniona, która stanowi o tyle lepszy upust elektr. od tkanki prawidłowej, iż cały prawie prąd z serca z tej strony przez nią tylko przepływa, a tylko minimalna część przez strunę.

Badanie kliniczne, a zwłaszcza promieniami Roentgena, wykazały rzeczywiście istnienie tkanki chorobowej koło serca (prawdopodobnie gruźliczej), dającej po stronie lewej cień bardzo silny.

Wobec tego należało jeszcze bezpośrednio stwierdzić, czy tkanka chorobowo zmieniona (gruźlicza) przewodzi lepiej prąd, niż prawidłowa, doświadczenia bowiem Galeottiego nad przewodnictwem tkanek nie obejmowały tkanek chorobowo zmienionych.

W tym celu wykonałem szereg doświadczeń nad przewodnictwem tkanek metodą mostka Wheatstona, zmodyfikowaną dla pomiarów przewodnictwa tkanek przez Dunin-Borkowskiego. Co się tyczy samej metody, to różni się ona tem od zwykłej telefonicznej, że do obwodu mostka włącza się 2 kondensatory, z których jeden ma niedopuszczać prądu spoczynkowego tkanki do telefonu, drugi zaś kompensować pojemność w badanym oporze, t. j. tkance.

Pomiary wykonano w zakładzie fizyologicznem Uniw. Jag. jedne w ten sposób, że z dwóch rurek takiej samej długości i o takim samym przekroju napełniano jedną tkanką płucną prawidłową, drugą zaś tkanką gruźliczo zmienioną i następnie najpierw jedną, a potem drugą, ustawiwszy poziomo, włączano w obwód mostka Wheatstona przy pomocy elektrod niepolaryzujących. Drugi szereg pomiarów wykonano na równych kawałkach płuc, do których wprost przytykano elektrody niepolaryzujące.

Pomiary dały wynik ostateczny następujący:

płuco prawidłowe (w rurce) r = 4425 Ohmów,
płuco gruźlicze » » r = 2600 Ohmów,

a zatem opór płuca gruźliczego prawie dwa razy mniejszy, czyli przewodnictwo dwa razy większe.

Pomiary te wykazały więc, iż tkanka naciekła gruźliczo ma znacznie mniejszy opór, względnie przewodzi lepiej, niż prawidłowa.

A zatem wnioskowanie moje, że przyczyną braku wychylenia struny galwanometru przy łączeniu lewej strony względnie lewej ręki i prawej nogi, jest obecność tkanki koło serca lepiej przewodzącej, niż prawidłowa i dlatego stanowiącej upust dla prądu powstającego w sercu, zyskało teraz doświadczalną podstawę.

Jak widzimy, badanie elektrokardyograficzne wielce przyczyniło się tutaj do stwierdzenia zrostów natury gruźliczej w okolicy serca, przyczem pozwoliło przypuścić, która strona głównie jest otoczona tymi zrostami, co badanie kliniczne z rentgenogramem potwierdziło.

Spostrzeżenie to podaję do wiadomości, ponieważ w dostępnej mi literaturze nie mogłem znaleść opisu podobnego zachowania się elektrokardyogramu. Wogóle nikt w obcej literaturze nie zwracał dotąd uwagi na zależność krzywej elektrokardyograficznej od zmian w otoczeniu serca. Tylko Cybulski z Surzyckim opisali zmianę w elektrokardyogramie przy obecności płynu w osierdziu. W naszym przypadku obecność płynu musieliśmy na zasadzie badania fizycznego i rentgenogramu stanowczo wyłączyć.

W elektrokardyogramie omawianego przypadku zauważyłem dalej inne jeszcze nieprawidłowości, wskazujące na pewne zmiany w sercu, których na podstawie fizycznego badania wykazać się nie dało. Brakuje mianowicie fali P, odpowiadającej skurczowi przedsionka, która prawidłowo poprzedza R.

Zachodzi teraz pytanie, czy z braku fali przedsionkowej można wnosić o nieczynności przedsionka. Otóż doświadczenie uczy, iż istnieją sprawy chorobowe, przy których niema fali P, a równocześnie skurczów przedsionka, albo nie ma, albo zmieniają się w drżenie przedsionkowe.

Do takich stanów należą: przerwy w przewodnictwie, tętno stale nieregularne, wypadanie skurczów przedsionkowych pod wpływem drażnienia nerwu błędnego, osłabienie względnie porażenie przedsionków w przebiegu zwężenia ujścia żylnego lewego w okresie końcowym tej wady serca z równoczesnem znikaniem szmeru przedskurczowego itp. Tu wprawdzie tych stanów nie mamy, lecz analogicznie do powyższych przypadków osłabienia czynności przedsionków mamy warunki w postaci zrostów, które skutkiem ucisku utrudniają, a nawet może uniemożliwiają czasem skurcz przedsionków,. Mięśnie bowiem przedsionków, jako słabsze, mniej są wytrzymałe i łatwiej ulegają rozszerzeniu, względnie porażeniu, znacznie zaś później od nich mięśnie komory.

Brak zatem fali P łączy się tutaj z upośledzeniem czynności przedsionka.

Od czasu do czasu pojawia się fala P, co dowodzi, że brak jej jest rzeczywisty, a nie pochodzi z innych przyczyn przypadkowych, np. przyczyn technicznych, względnie z powodu występowania równoczesnego skurczów komór i przedsionków.

Gdybyśmy jednak przypuścili, że tu niema zupełnego braku skurczu przedsionków, lecz tylko upośledzenie ich czynności, to i tak można brak fali P wyjaśnić istnieniem wyżej wspomnianego upustu elektrycznego w postaci tkanki gruźliczej, otaczającej też przedsionki i pochłaniającej słaby prąd, przez nie wytwarzany.

Za takiem tłomaczeniem przemawia obraz kliniczny niedomogi mięśnia sercowego w okresie niewyrównania, a mianowicie: obrzęki kończyn, obrzęk wątroby, sinica, przyspieszenie tętna, dwubitność jego. Objawy te przemawiają za przeszkodą w krążeniu, jaką tu były zrosty około serca, innej bowiem przyczyny, np. samoistnego osłabienia mięśnia sercowego lub wad zastawkowych, tu nie było. Ró-

wnież badanie promieniami Roentgena wykazywało upośledzenie ruchów serca, przy prześwietlaniu bowiem można było tylko w okolicy tętnicy głównej widzieć wyraźne jej tętnienie.

Dalszą nieprawidłowością krzywej elektrokardyograficznej jest uderzająca małość wychyleń. Przy tej czułości nitki galwanometru (wychylenie = 15 mm przy sile elektromotorycznej 0,001 wolt) otrzymywało się z reguły nawet przy dużych zmianach w sercu wychylenia znacznie większe, wobec czego te wychylenia około 2 mm. należy uważać za nieprawidłowe dla tego chorego. Te nieznaczne wychylenia dadzą się też tłómaczyć bocznym odpływem, jakim jest tkanka otaczająca, przez którą stale odpływa prąd z pewnej części serca tak, iż tylko prąd z pozostałej części przechodzi przez strunę galwanometru; skutkiem tego wychylenia są niższe, niżby były u tego chorego w warunkach prawidłowych.

Zaznaczyć przytem wypada, że te zmiany w krzywej elektrokardyograficznej przemawiające za upustem t. j. małość wychyleń i różnicę wychyleń między lewą i prawą stroną chorego można tłomaczyć tylko obecnością tkanki gruźliczej w bezpośredniem związku z sercem, a więc obecnością zrostów gruźliczych serca z osierdziem, płucami i t. p., t. j. z najbliższem otoczeniem serca. Badania bowiem elektrokardyograficzne przeprowadzone przezemnie na szeregu chorych w szpitalu św. Łazarza na oddziele śp. Prof. Pareńskiego wykazały, że obecność zrostów i wysięków opłucnej nawet obustronnych i bardzo rozległych, dalej nacieków zapalnych w samym płucu jużto gruźliczych jużto krupowych lub zmian w gruczołach oskrzelowych nie wywołuje takiej zmiany w elektrokardyogramie.

W końcu zwraca uwagę w krzywej elektrokardyograficznej niezwykle długi okres trwania skurczu.

Skurcz serca ma, jak wiadomo pewną dość stałą wielkość, która zależy od ilości tętna i przy wzrastaniu ilości tętna bezwzględna długość skurczu zmniejsza się, zaś procentowo czas trwania skurczu wzrasta w stosunku do czasu całej ewolucyi. A więc przyspieszenie tętna przedewszystkiem odbija się na rozkurczu, a tylko w małej części na skurczu.

Bezwzględna długość skurczu serca waha się, według F. Krausa, między 0,353 a 0,216 sek., zaś procentowo między 26,78 a 45,60, wedle zaś obliczeń Reckzeha między 0,34 a 0,44 sek., a procentowo między 29,7 a 48,8.

Pod wpływem pracy fizycznej, według doświadczeń Zuntza i Schumburga przedłużenie okresu skurczu może wynosić aż do 30%, przy liczbie tętna 150 na minutę. Zuntz uważa to za objaw znużenia mięśnia sercowego. Kraus znajdował przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej także przedłużenie okresu skurczu, Steriopulo zaś znajdował wydłużenie skurczu w myodegeneratio cordis. W naszym przypadku okres skurczu wynosi 0,30 sek. przy czasie trwania całej ewolucyi 0,42 sek. zaś procentowo 71·4%. Mamy więc tu bardzo znaczne przedłużenie okresu skurczu, które musimy odnieść do zrostów w okolicy serca, przeszkadzających dokładnemu i szybkiemu kurczeniu się serca.

Również i rozkurcz był niezwykle upośledzony, ponieważ trwał nieprawidłowo krótko. Z drugiej strony objawy niewyrównania krążenia dowodzą, że praca serca w tych warunkach była niedostateczna. Zwiększenie zaś ilości skurczów było objawem dążności serca do wyrównania krążenia, gdyż z powodu ucisku z zewnątrz rozkurcz, a co za tem idzie, ilość wypychanej krwi powiększyć się nie mogła. Krzywa zatem pozwoliła rozpoznać, że skurcz serca, a także i rozkurcz był ogromnie utrudniony.

Tak więc oddała nam elektrokardyografia w tym przypadku duże usługi, gdyż z krzywych można się było przekonać o obecności zrostów, dalej o nieprawidłowem działaniu przedsionków i nieprawidłowym i utrudnionym skurczu i rozkurczu komór. Równocześnie mogliśmy się przekonać, że na elektrokardyogram wpływa nietylko zmiana w samym skurczu serca albo w położeniu serca w klatce piersiowej, ale także zmiana w jego otoczeniu, która to zmiana, jako tworząca upust dla prądu, musi wpłynąć na elektrokardyogram zależnie od różnych sposobów łączenia.

Przypadek ten jest przykładem przemawiającym za trafnością tłomaczenia powstawania prądów elektrycznych, opartego na prawach fizyczno-chemicznych, bo jedynie w ten sposób staje się cały szereg objawów na krzywych zrozumiały, gdy natomiast dawniejsze tłómaczenie według Hermanna, jak już wspomniano, tutaj nic nie wyjaśnia.

Piśmiennictwo. 1) N. Cybulski. Prądy elektryczne w mięśniach nieuszkodzonych i uszkodzonych oraz ich źródło. Rozpr. Wydz. mat.-przyrod. Akad. Umiej. w Krakowie. T. 11. ogól. zb. 51. Ser. B. — 2) N. Cybulski. Prądy elektryczne w mięśniach czynnych, ich charakter i źródło. Rozpr. Wydz. mat.-przyrod. Akad. Umiej. w Krakowie. Ser. B. Maj 1912, s. 469. — 3) N. Cybulski i J. Surzycki. Zmiany elektrokardyograficzne wywołane obecnością cieczy w worku osierdziowym. Przegląd lekarski 1912, s. 499. — 4) N. Cybulski. Ueber Konzentrationströme bei semipermeablen Membranen u. bei asymmetrischer Ableitung. Vortrag auf dem internat. Kongr. zu Brüssel 1904. — 5) N. Cybulski. Elektryczność zwierzęca, prądy spoczynkowe i czynnościowe. (Model prądów czynnościowych w mięśniach). Warszawa, wyd. red. Prac. mat.-fiz. 1913. — 6) Dunin-Borkowski. Bullet. de l'Acad. de sciences à Cracovie 1912, s. 717. — 7) Hermann L. Weitere Untersuchungen über die Ursache der elekromotorischen Erscheinungen an Muskeln und Nerven. Pfl. Arch. Bd. III. s. 15. u. Bd. IV. s. 148. — 8) Hermann L. Untersuchungen über die Actionströme des Muskels. Pfl. Arch. Bd. XVI. s. 191.— 9) Engelmann. Neue Untersuchungen über die mikroskopischen Vorgänge bei der Muskelkontraktion. Pfl. Arch. Bd. 18. 1878.— 10) F. Kraus u. G. Nicolai. Das Elektrokardiogramm des gesunden und kranken Menschen. Leipzig. 1910. — 11) Bottazzi. Osmotischer Druck u. elektrische Leitfähigkeit der Flüssigkeiten der einzelligen pflanzlichen u. tierischen Organismen. Ergeb. d. Physiol. 1908. VII. Jahrg. S. 161. — 12) Waller A. On the elektromotive changes connected with the beat of the Mammalian Heart and of the Human Heart in particular. Philos. transaction Roy. Soc. London Vol. CLXXX. p. 169. — 13) Waller A. A demonstration on Man of electromotive changes accompanyings the heart's beat. Journ of Phys. VIII. p. 229. — 14) Th. Levis. Der Mechanismus der Herzaction u. s. klinische Pathologie. Uebers. von Dr A. Hecht, Wien u. Leipzig 1912.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Doc. Pende. **Istnienie nowego gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem.** (Riforma med. 1913, Nr 22). W sąsiedztwie gruczołów przytarczycznych, tarczycy i grasicy znajduje się twór gruczołowy, składający się z mniejszej lub większej liczby zrazików, względnie wysepek nabłonkowych rozrzuconych w tkance łącznej, otaczającej te na-

rządy. Wielkość poszczególnych zrazików tego tworu może niekiedy przewyższać rozmiary jednego gruczołu przytarczycznego, niekiedy zaś składają się one tylko z nielicznych komórek. Objętość zaś wszystkich zrazików jest kilka razy większa od objętości wszystkich razem gruczołów przytarczycznych. P. zauważył już przed rokiem ten twór w pobliżu gruczołów przytarczycznych i tarczycy u dwu noworodków ludzkich prawidłowych i w pobliżu grasicy u dwu noworodków z kiłą dziedziczną. Wzmianki o tym gruczole znalazł P. jeszcze u paru innych autorów, którzy spostrzegali go przedewszystkiem u noworodków, paromiesięcznych dzieci, wyjątkowo u dziecka dwuletniego. Badania te dotyczą tylko strony anatomicznej. Prace P. odnoszą się dotychczas tylko do zwierząt, a mianowicie do szczeniąt psich, u których zawsze mógł stwierdzić obecność tego gruczołu, tak, że istnienie jego uważa za stan prawidłowy. Budowa tego gruczołu u psa i człowieka jest zasadniczo tasama, wielkość zaś jego u psa w stosunku do owych wspomnianych trzech gruczołów jest znaczniejsza, niż u człowieka. U psa gruczoł ten składa się ze znacznej (15—20) liczby zrazików nabłonkowych, rozmieszczonych w tkance łącznej około gruczołów przytarczycznych, tarczycy i grasicy, przeważnie jednak naokoło górnych gruczołów przytarczycznych i grasicy. Zraziki można widzieć gołem okiem, jako grudeczki szarawo-czerwonawe, wyróżniające się od otoczenia przez bardzo silne unaczynienie. W przeciwieństwie do innych gruczołów nie posiadują one wyraźnej otoczki łączno-tkankowej; również bardzo charakterystyczny jest brak podścieliska łączno-tkankowego. Osłonkę i rusztowanie zrazików stanowi siateczka naczyń włosowatych; naokoło ścian tych naczyń grupują się komórki nabłonkowe o znacznych rozmiarach, z dużem jądrem w środku położonem i skąpą chromatyną. Protoplazma komórek składa się z bardzo licznych ziarenek, niekiedy tak drobnych, że sprawia wrażenie jednolitej; ziarenka te, wśród których jest znaczna liczba o charakterze lipoidalnym, barwią się dość silnie barwikami kwaśnymi, słabo zaś zasadowymi. U noworodka obecność jamek w tych komórkach jest bardzo rzadka, spotykamy je natomiast często w nieco późniejszym okresie życia i stanach chorobowych. Ułożenie komórek jest bezładne, nie przedstawia żadnego typu. Budowa histologiczna wskazuje, że mamy tu do czynienia z tworem bardzo czynnym, co wynika z obecności ziarenek lipoidalnych i wielkiej liczby naczyń tak wewnątrz zrazików, jak i w ich najbliższem otoczeniu. Nierozstrzygniętem jest pytanie, w jakim okresie życia płodowego powstaje ów twór, czy znika zupełnie wkrótce po urodzeniu, czy też utrzymują się jego resztki, jak n. p. grasicy. Na rozstrzygnięcie czeka także pytanie, w którym okresie jest ten gruczoł czynny i na czem ta czynność polega. Dr T. T.

Medycyna wewnętrzna.

Rubin. **Przypadek ciężkiej skazy krwotocznej, wyleczonej wstrzykiwaniem krwi odwłóknionej**. (Münch. med. Woch. 1912, 40). W jednym przypadku bardzo ciężkiej skazy krwotocznej osiągnął autor z pomocą trzech injekcyi krwi odwłóknionej w ilości po 40 cm³ w dwudniowych przerwach zastosowanych zupełne wyleczenie. Wszelkie inne środki w tym przypadku stosowane nie odnosiły najmniejszego skutku. N.

Friedieger. **Dimetylamidobenzol jako odczynnik mikrochemiczny na tłuszcz i wartość jego jako barwika mikroskopowego treści żołądkowej i jelit.** (Münch. med. Woch. 1912, 52). Podany przez autora odczynnik o składzie następującym: zgęszcz. roczyn alkoholowy dimetylamidobenzolu, alkohol absolutny, 0·5% alkoholowy, (70%) roztwór eozyny, kwas octowy zgęszczony aa 2.0, lugol (Jod. pur. 0·5, kal. jodat. 2·0, glycerini 20·0) gtt XX, zgęszczony roztwór wodny mucinkarminu gtt XX, nadaje się bardzo dobrze do barwienia osadów treści żołądkowej lub kału. Tłuszcz wychodzi zabarwiony na cytrynowo-żółto, skrobia fioletowo, wzgl. ciemno-niebiesko, włókna mięsne pomarańczowo, wzgl. karminowo; drożdże i sarcina barwią się podobnie, jak włókna mięsne. Jąderka Jaworskiego nie barwią się wcale. N.

Grossmann. **Przyczynek do techniki i wartości klinicznej odczynu aldehydowego Ehrlicha.** (Wien. med. Woch. 1912, 52.). Przez 16-godzinną dialyzę w płynącej wodzie udało się autorowi wzmocnić odczyn na urobilinogen w moczu do tego stopnia, że po dialyzie można było stwierdzić dodatni odczyn urobilinogenowy w moczach, które go poprzednio nie dawały, wobec czego nasuwa się przypuszczenie, że mocz zawiera substancye, które mogą przy małej zawartości urobilinogenu powstrzymywać wystąpienie odczynu aldehydowego. Z pomocą tego udoskonalonego odczynu badał autor mocz 76 przypadków »sercowych« i doszedł do następujących wyników: w 20 przyp. klinicznie pewnych wad serca (3 przyp. schorzeń aorty, 16 zastawki dwudzielnej i 1 wada kombinowana) stwierdził po pracy fizycznej występowanie mniej lub więcej silnego odczynu aldehydowego; w 23 przyp. innych, 19 razy był ujemny odczyn, 4 razy zaś dodatni; te zaś były to: rozpoczynająca się marskość wątroby, alkoholizm i kamica żółciowa; w 10 przyp. niepewnych »sercowych« 7 dało dodatni, a 3 ujemny wynik; 2 przyp. świeżego zapalenia wsierdzia i 2 przyp. zapalenia osierdzia były ujemne, 3 przyp. miażdżycy dodatnie. Badał też autor 10 żołnierzy zdrowych, po dłuższym wytężającym marszu w celu stwierdzenia, czy u normalnych ludzi po zmęczeniu może występować urobilinogen w moczu: z tych 10 dawał tylko jeden człowiek niedokrwisty z głuchymi tonami serca, odczyn dodatni. Autor wnosi ze swych badań, że w przeważnej ilości przypadków wad serca po małych wysiłkach może być wywołane zaburzenie kompenzacyi, które się objawia przedmiotowo krótko trwałą zastoiną wątroby i niedomogą jej komórek; odczyn aldehydowy byłby zatem wskazówką i miarą siły zapasowej serca i miałby duże znaczenie dla lekarzy wojskowych i ubezpieczeniowych. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie

Posiedzenie kliniczne z dnia 6. V. 1913 r.

1) A. Sokołowski odczytał rzecz p. t.: **Fundusz konkursowy im. Chałubińskiego** (zarys historyczny z powodu 40-lecia tegoż zapisu). Praca ta będzie drukowana w pamiętniku Tow. lek. warsz.

2) A Landau: **Studya nad cukromoczem adrenalinowym u człowieka.** Omówiwszy istotę tego zjawiska oraz materyał doświadczalny, zdobyty na zwierzętach i ludziach, prelegent szczegółowo rozpatrzył doświadczenia własne, dokonane wspólnie z Wacławem Kosmowskim. Zadaniem badań powyższych było nietylko wyjaśnienie samego mechanizmu i znaczenia cukromoczu adrenalinowego, ale zarazem oświetlenie pytania, w jakim stopniu cukromocz ten zależy od rodzaju wprowadzonego węglowodanu, oraz czy i w jakim stopniu można go wzmódz lub zahamować. Równorzędnie z badaniem moczu określono zawartość cukru we krwi (metodą Banga); oznaczanie hyperglikemii dało możność uniknięcia omyłek we wnioskach, zależnych od ewent. nieprzepuszczalności nerek. Ostateczne wnioski prelegenta są następujące: 1) Podawanie 150 gr. cukru gronowego podnosi zawartość cukru we krwi, wzmożenie to jednak zazwyczaj nie wystarcza, aby wywołać cukromocz. 2) Adrenalina, wstrzyknięta człowiekowi pod skórę, wywołuje cukromocz, jeżeli bezpośrednio przed wstrzyknięciem wprowadzić znaczne ilości cukru gronowego lub innego węglowodanu, w którego skład wchodzi cukier gronowy; cukromocz adrenalinowy idzie w parze ze znaczną hypergli-

kemią. 3) Adrenalina nie wywołuje cukromoczu, jeżeli zamiast cukru gronowego wprowadzać do ustroju lewulozę. 4) Cukromocz i moczopędna własność adrenaliny są od siebie w znacznym stopniu niezależne. 5) Mała dawka kokainy uczula działanie adrenaliny, wzmagając zarówno hyperglikemię, jak cukromocz. 6) Pantopon, wstrzykiwany wraz z adrenaliną zahamowuje jej wpływ cukropędny; mechanizm tego działania jest dwojaki: pantopon z jednej strony zwalnia uruchomianie glikogenu w wątrobie i obniża hyperglikemię, z drugiej zaś, zmniejsza cukromocz przez uszkodzenie czynności wydzielniczej nerek.

W dyskusyi Konwerski zwraca uwagę, że zdaniem wielu klinicystów znacznie częściej można stwierdzić po adrenalinie hyperglikemię niż cukromocz. W przebiegu własnych badań na oddziale Bregmana nad sympatykotonią i wagotonią K. w 20 przypadkach ani razu nie mógł stwierdzić po adrenalinie cukromoczu, jakkolwiek poadrenalinowa ilość dobowa moczu w porównaniu z przedadrenalinową wzrastała niekiedy o 30%—50%, a nawet w jednym przypadku o 150%; natomiast z 8 przypadków badania krwi przed adrenaliną i po jej zastosowaniu, w 5 wystąpiła wybitna hyperglikemia. Należy przypuszczać, że adrenalina wywołuje w pierwszej linii hyperglikemię, a cukromocz poadrenalinowy jest zjawiskiem wtórnem, zależnem nietylko od działania adrenaliny, lecz jeszcze od szeregu czynników wewnątrzustrojowych, dotąd dokładnie nie zbadanych.

W odpowiedzi Landau zarzuca metodzie kalorymetrycznej badania cukromoczu niedokładność i dlatego też wyników Konwerskiego nie może uważać za ścisłe.

Posiedzenie kliniczne z d. 20 V. 1913 r.

J. Pawiński **O wpływie nadużyć w paleniu tytoniu (nikotyny) na naczynia i serce.** Prelegent w swym wykładzie chciał wykazać, jaki wpływ wywiera nadmierne palenie na powstawanie stwardnienia tętnic. Swój materyał statystyczny podzielił na dwie grupy: jedną obejmującą stwardnienie tętnic wogóle, oraz drugą, stwardnienie tętnic wieńcowych serca, wzgl. dusznicę bolesną. Na 1356 przypadków stwardnienia tętnic wogóle u mężczyzn o przyczynach wiadomych było palących 943 (69,8%). W stwardnieniu tętnic wieńcowych tytoń zajmuje pierwsze miejsce: na 1075 chorych było 457 (41,9%) palaczy; z tych na samą nikotynę przypada 19,4%, a 22,5% na przypadki, w których prócz palenia wchodziły w grę i inne czynniki chorobotwórcze. W stwardnieniu tętnic pozostałych naczyń odsetka palaczy wynosi 23,3%. Z czynników etyologicznych, potęgujących wpływ szkodliwy tytoniu, na pierwszem miejscu stoi wyskok, zwłaszcza w stwardnieniu ogólnem. Oprócz nikotyny nie bez znaczenia dla etyologii zatrucia tytoniem są jeszcze związki należące do grupy pirydynowej. Zaburzenia, wywołane przez nadmierne palenie tytoniu, są: 1) czynnościowe (bicie serca, niepokój, niemiarowość tętna, a zwłaszcza przestanki (extrasystole) i dusznica bolesna rzekoma, oraz 2) organiczne, wiodące do stwardnienia zwłaszcza tętnic mięśniowych serca (dusznica bolesna prawdziwa). Nietylko własne spostrzeżenia kliniczne, lecz i doświadczenia wykonane na zwierzętach (Otto), którym przez czas dłuższy wstrzykiwano nikotynę, wskazują na możliwość powstawania stwardnienia tętnic wieńcowych pod wpływem nadużycia w paleniu tytoniu W etyologii chromania przerywanego nikotyna zdaje się również odgrywa ważną rolę. Bóle głowy, bóle brzucha należy również policzyć na karb zatrucia nikotyną. Chorym, dotkniętym wadami zastawek, zwyrodnieniem mięśnia sercowego, miażdżycą, należy stanowczo zabraniać palenia tytoniu. Osobom, którym trudno rozstać się z paleniem, można pozwolić na użycie tytoniu odnikotynizowanego.

W dyskusyi zaznacza Hewelke, że do rozstrzygnięcia pytania, czy ciała pirydynowe mogą wywierać wpływ szkodliwy obok nikotyny, mogłyby się przyczynić spostrzeżenia nad ludźmi, używającymi tytoniu w postaci żucia. W omawianej sprawie doświadczenia na zwierzętach nie są przekonujące, gdyż nie rozstrzygnięto, czy zmiany, wykrywane w tych doświadczeniach są bliższe zwyrodnienia miażdżycowego, starczego, czy też zmian sklerotycznych, występujących w sile wieku; z drugiej strony w warunkach życiowych królików dość często spostrzegano zmiany w naczyniach. Wreszcie H. przypomina, że badanie naczyń u mumii egipskich wykazało w nich obecność zmian miażdżycowych; musiały one powstać pod innym wpływem, niż użycie nikotyny.

Janowski przypomina o odczycie Gałeckiego w 1903 r. w sprawie przewlekłego zatrucia tytoniem. Nikotyna działa niewątpliwie jako jad nerwowy, obwodowy i ośrodkowy. Jad ten wywołuje zwężenie naczyń i podniesienie ciśnienia krwi. Objawy ze strony układu krążenia zależą od tego, w której ich części ów skurcz naczyń występuje najwybitniej; zależy to zaś od niejednakowej wrażliwości na tytoń poszczególnych osób. U osób młodych tytoń prowadzić może do rzekomej dusznicy bolesnej, wywołując skurcz naczyń wieńcowych serca. Gdy się to często powtarza, to na podstawie upośledzonego odżywiania mięśnia sercowego mogą się w nim wytworzyć zmiany anatomiczne; a ponieważ jednocześnie ciśnienie krwi się wzmaga, może powstać miażdżyca naczyń wogóle, w poszczególnych zaś przypadkach objawy, zależne od umiejscowienia się zmian anatomicznych w naczyniach. W ten sposób tytoń przyczynia się nie tylko do powstawania prawdziwej duszności bolesnej u osób starszych, ale też i zawrotów głowy, oraz dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Objawy te ustępują trwale po zaprzestaniu palenia.

Szmurło zwraca uwagę na społeczną szkodliwość tytoniu, gdyż zatrute nikotyną powietrze oddziaływa nie tylko na samych palaczy, ale i na osoby nie palące.

Higier uważa nikotynę za jad »par excellence« nerwowy. Nieprawidłowe warunki życia ludzi kulturalnych stwarzają potrzebę sztucznej podniety. W miarę używany tytoń zdaje się jest jeszcze najmniej szkodliwą używką. Należałoby ostrzegać przed umiarkowanem paleniem, gdyby istotnie dowiedziono, że drobna ilość nikotyny, zawarta w tytoniu, działa zabójczo na mięśnie naczyń i serca, wywołując stwardnienie. Wszystkie poszczególne objawy sprowadzić można do skurczu naczyń. Nikotyna działa prawie wyłącznie na układ wegetacyjny. Skurcze naczyń tłumaczą nam najlepiej przerwy tętna, dusznicę bolesną rzekomą, bóle i zawroty głowy, jąkanie się, niedowidzenie, niedowłady, chromanie przerywane. Również wiadomo, że po usunięciu jadu znikają przykre objawy, czego nie bywa np. u alkoholików po odstawieniu wyskoku, który zdołał już wywołać zmiany organiczne w układzie naczyniowym. Będąc w zasadzie stronnikiem agitacyi przeciwnikotynowej, jako sprawy mającej pewne znaczenie społeczne, H. zaznacza, że faktycznego materyału anatomo-patologicznego dowodzącego pochodzenia stwardnienia tętnic wskutek palenia tytoniu, brak jeszcze prawie zupełnie. Chorym na moczówkę cukrową, przymiot i osobnikom z wrodzonem zwężeniem układu sercowo-naczyniowego, zdaniem H. zasadniczo należałoby zabraniać palenia; natomiast dla osób zdrowych niema wskazań ze stanowiska ściśle naukowego do zupełnego usunięcia umiarkowanego palenia.

A. Sokołowski sądzi, że wpływ tytoniu na powstawanie stwardnienia tętnic jest nieco przeceniony, zwłaszcza w porównaniu z działaniem wyskoku, i że wogóle czynniki wywołujące powstawanie stwardnienia tętnic są bardzo skomplikowane. W niektórych krajach, np. w Hiszpanii, Danii, dzieci palą tytoń, a pomimo to statystyka wykazuje, że stwardnienie tętnic zdarza się tam również najczęściej dopiero w wieku starszym. Zapewne w niektórych przypadkach dusznicy bolesnej wpływ tytoniu odgrywa ważną rolę, gdyż po zaprzestaniu palenia objawy stenokardyczne ustępują; jednakże trudno stanowczo powiedzieć, czy zależy to wyłącznie od zabronienia tytoniu, czy też od innych zaleceń lekarza. S. przyłącza się do uwagi Szmurły.

Trzciński utrzymuje, że aczkolwiek klinicznie ustalono

istnienie rozmaitych zaburzeń czynnościowych wskutek zatrucia ośrodków nerwowych przez nikotynę, nie rozstrzygnięto jednak pytania, czy nikotyna wywołuje miażdżycę tętnic: statystyka nie może rozstrzygnąć tego zagadnienia; wykazuje ona jedynie, że ludzie z miażdżycą tętnic palili tytoń, ale ponieważ ulegli miażdżycy około 50 roku życia, być więc może, że zachodzi tu zgoła przypadkowe współistnienie faktów. Ponieważ palenie jest u nas o wiele bardziej rozpowszechnione, niż w innych krajach, pożądaną jest bardzo agitacya przeciwko nałogowi zwłaszcza wśród młodzieży. Przykre objawy po zaniechaniu palenia są stanowczo przesadnie opisywane; z niezwykłych objawów T. widział raz uporczywą senność, trwającą kilka tygodni.

Grundzach dodaje słów kilka o wpływie tytoniu na przewód pokarmowy i ogólne odżywianie. W jamie ustnej palacza znajdujemy zwykle zmiany odpowiadające nieżytowi przewlekłemu. Po zaprzestaniu palenia chorzy zaczynają dobrze wyglądać, nabierają sił. S. widział kilka przypadków napadu bólu żołądka i uzależnia je od palenia, gdyż po zaniechaniu tytoniu, bóle te ustępowały.

Kopczyński St. radzi chcącym się odzwyczaić od palenia tytoniu płukanie ust rozczynem (1:1000) lapisu

Otto podkreśla donioslość badań na zwierzętach. Badania pośmiertne u człowieka nie wykazują zmian swoistych dla nikotyny, gdyż ustrój ludzi podlega najrozmaiszym czynnikom, wpływającym nań zabójczo. Porównanie zmian w sercu u zwierząt po nikotynie ze zmianami u człowieka daje dopiero możność wnioskowania, jakie zmiany mogły powstać pod wpływem nadmiernego palenia. W doświadczeniach Otto zmiany w aorcie zwierząt były minimalne i nie przypominały zmian miażdżycowych u człowieka. Główne zaś zmiany byłyześrodkowane w samem sercu. U zwierząt służących do kontroli drobnowid nie wykazał żadnych zmian. Dlatego prelegent mniema, że objawy kliniczne zachorowania serca i naczyń u palaczy zależą od zmian anatomicznych w sercu i jego naczyniach. Co się tyczy częstszego zapadania u nas inteligencyi na dusznicę bolesną w porównaniu z Europą Zachodnią, to przyczyny szukać należy w ilości nikotyny w tytoniu (tytoń rosyjski jest bogatszy w nikotynę).

Pawiński w odpowiedzi zaznacza, że nikotyna działa przedewszystkiem na unerwienie naczyń, wywołując skurcz w różnych terytoryach obiegu krwi; stąd pochodzą zawroty głowy, migrena, bóle żołądka, kaszel i t. p. Wzmożenie ciśnienia tętniczego oraz toksyczny wpływ alkaloidu, na włókna mięsne i sprężyste błony średniej — doprowadzają do stwardnienia tętnic. Dla odróżnienia przypadków dusznicy bolesnej pochodzenia nikotynowego od innych, prelegent układając swe spostrzeżenia do obliczeń statystycznych, starał się wyłączyć inne możliwe czynniki etyologiczne. Wreszcie dodaje, że najlepszym przykładem, stwierdzającym możliwość rozwoju stwardnienia tętnic wieńcowych na tle nikotyny są kobiety, u których w wielu razach można stanowczo wyłączyć inne czynniki chorobotwórcze (wyskok, przymiot).

Posiedzenie kliniczne z dnia 3 czerwca 1913 r.

1) Trzciński przedstawił przypadek **lichen ruber planus** u dziecka $1^1/_2$ rocznego.

2) Wiśniewski przedstawił przypadek **gruźlicy skóry brodawkowatej** na prawej dłoni.

3) Szteyner przedstawił okaz dużego **kamienia nerkowego,** wydobytego zapomocą operacyi (pyelotomii) u młodej osoby, cierpiącej od kilku lat. Zagojenie nastąpiło »per primam«. Rozpoznanie ustalono na mocy objawów klinicznych rentgenogramu.

4) Skabowski, Juat, Rubinrot, Grudziński i Drozdowicz przedstawili liczne **pokazy rentgenograficzne** z zakresu cierpień dróg pokarmowych i omówili następujące sprawy: zrosty jelitowe, żołądek klepsydrowaty, stosunek obrazu rentgenowskiego do anatomicznego, zwężenie jelit organiczne, wrzód trawienny i rak żołądka, zwężenie przełyku, żołądek klepsydrowaty rzekomy, przetoki żołądkowo-kiszkowe, wreszcie źródła błędów rozpoznawczych.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17. czerwca 1913 r.

1) J. Brudziński. **Projekt szpitala dla dzieci w Radomiu.** Omówiwszy najnowsze zdobycze szpitalnictwa dziecięcego w zakresie chorób zakaźnych (system celkowy, Badisolation), B. opisał szczegółowo projekt szpitala dla dzieci w Radomiu fundacyi hr. Ożarowskiej, w którym prelegent zastosował system, zbliżony do systemu w szpitalu Pasteura w Paryżu, ale znacznie ulepszony. Wejście do celek dla chorych urządzono tylko z zewnątrz, zaraz przy wejściu, dla każdej celki klozet i kąpiel. Z ambulatoryum chory również dostaje się do celki systemu Lesagea. B. przedstawił plany tego szpitala oraz przytoczył dane liczbowe co do przestrzeni placu, przeznaczonego pod budowę, koszta budynków, kanalizacyi i t. p.

2) Neugebauer. **O eugenice w położnictwie,** (drukowany w »Medycynie i Kronice lek.« Nr 31 i 32).

Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 15. VI. 1913.

I. Kol. Biegański poświęcił krótką wzmiankę działalności naukowej zmarłego prof. Bochenka.

II. Kol. Biegański: **O stosowaniu soli wapiennych w lecznictwie współczesnem.** Sole wapienne stosowano w gruźlicy oddawna, dopiero jednak w nowszych czasach wskazanie ich do użycia zyskało podstawę naukową w teoryi t. zw. demineralizacyi ustrojów gruźliczych. Teorya ta, której twórcą był Robin, mimo wielkiego powodzenia we Francyi, natrafiła w Niemczech na ostrą krytykę. Jedni jak Ott, Mayer, zaprzeczali zupełnie istnienia »demineralizacyi«, inni przypuszczali, że nadmierne wydzielanie soli wapniowych z ustroju suchotników zależne jest od nieczynności i długotrwałego leżenia (Hoppe-Seyler, Noorden) lub też wychudzenia (Moraczewski). Dopiero ogłoszone niedawno badania Voerhoeve'a wykazały niezbicie, że w ustrojach suchotników występuje rzeczywiście wzmożone wydzielanie soli wapniowych.

Drugiem wskazaniem do użycia tych soli są krwotoki. Wskazanie to opiera się na fakcie niewątpliwym, że ferment krzepnięcia krwi staje się czynnym dopiero przy udziale soli wapniowych. Podług Boggsa, Müllera, Saxla sole wapienne, wstrzyknięte lub podane wewnętrznie, skracają znacznie czas krzepnięcia krwi. Początkowo (Wright) stosowano je przy krwawiączce, plamicy krwotocznej i gnilcu, później — przy krwotokach płucnych, żołądkowych i t. d.

Wright zalecał je również, jako środek przeciwwysiękowy, przy pokrzywce i wysypkach posurowiczych. Chiari, Januschke, Müller, Saxl, stwierdzili działanie przeciwwysiękowe soli wapniowych i zalecają je przy gorączce siennej, jadzicy i uporczywych, powracających po wypuszczeniu wysiękach opłucnej. Trzeciem wskazaniem — są choroby z nadmierną pobudliwością układu nerwowego. Punktem wyjścia były doświadczenia Loeba, stwierdzające przeciwieństwo między jonami sodu i wapnia. Jony sodu drażnią pierwiastki mięśniowe i nerwowe, jony wapnia wywierają wpływ hamujący, kojący. Sole wapienne stosowano dotychczas w chorobie Basedowa, w tężyczce i padaczce (Curshman), w dychawicy oskrzelowej (Kayser) i w pląsawicy (Saxl). Wyniki tego leczenia nie są ostatecznie ustalone. Sole wapniowe mogą być stosowane podskórnie lub wewnętrznie. Ponieważ wstrzykiwania wodnego rozczynu chlorku wapnia są bardzo bolesne i wywołują ropienie, polecają w tym celu połączenie soli wapniowych z żelatyną w postaci t. zw. kalcyny Mercka. Wewnętrznie chlorek lub mleczan wapnia w 5% rozczynie wodnym, co 2 godziny łyżkę. Chcąc otrzymać wyniki pomyślne, konieczne jest podawanie wapnia w ciągu dłuższego czasu i wybór odpowiedniego pożywienia.

Dyskusya; Kol. Perłowski mówi o pomyślnym wpływie lawatyw z 20.0 gr. 10% rozczynu chlorku wapnia przy krwawnicach.

Kol. Rozenfeld streszcza nowsze badania Robina, dotyczące »demineralizacyi« ustrojów gruźliczych, opisuje szczegółowo metodę »remineralizacyi« Feriera, polegającą na jednoczesnem podawaniu wewnętrznem soli wapniowych i wyłączeniu kwasów z pożywienia chorych i przytacza wyniki własnych, kilkoletnich w tym względzie spostrzeżeń. W końcu Kol. Rozenfeld uzupełnia referat Kol. Biegańskiego krótkiemi uwagami o stosowaniu soli wapiennych w chorobach przewodu pokarmowego, i jako środka moczopędnego, w ostrem zapaleniu nerek. Karol Rozenfeld.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Kolegów, pragnących by w Kalendarzu nastąpiła jaka zmiana, tycząca się ich osoby, uprasza się o rychłe zawiadomienie o tem redakcyi, bo druk Kalendarza niebawem się rozpocznie. Redakcya Kalendarza lekarskiego, Kraków, ul. św. Jana 18.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. VIII. do 1. IX. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 3 † 1), krztuśca 10 † 1 (1 † —), ospy wietrznej —, płonicy 5 † 1 (2 † 2), odry 9 † 1 (— † —), duru brzusznego — † 1 (3 † 1), czerwonki 1 † 1, gorączki połogowej — † — (2 † 2), tężca — † — (1 † —), nagm. zap. opon mózgowo-rdzeniowych 1. Dr Janiszewski.

Z różnych stron. XIV. międzynarodowy kongres antyalkoholowy odbędzie się w czasie od dnia 22—27 września 1913 w Medyolanie. Karta uczestnictwa wraz z drukami kosztuje 10 lirów (franków), same druki 6 lirów (franków). Adres generalnego sekretaryatu: »Dr Ferrari, sécrétaire général du XIV Congrès contre l'alcoolisme, Milan (Italie) 2 Via Machiavelli«.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Dr Serkowskiemu w Warszawie za cenny dar, ofiarowany Bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Jedenasty kongres międzynarodowy abolicyonistyczny (Paryż, czerwiec) oświadczył się przeciw nadzorowi policyjnemu prostytutek przez lekarzy. Statystyki wykazują, że nadzór ten nie wpływa wcale na zmniejszenie się ilości zakażeń wenerycznych, popiera niejako powstawanie tajnej prostytucyi i odstręcza od leczenia się. Natomiast niezmiernie cenne usługi oddają bezpłatne, a dyskretne ambulatorya dla ludności biednej w godzinach wieczornych. Nadzór zniesiono już w Norwegii, Szwecyi, Danii, Anglii, Holandyi i Włoszech i statystyki wykazują, że ilość zachorzeń wenerycznych przez to się zmniejsza. K.

Mianowani: J. Schaffer z Gracu zwyczajnym profesorem histologii we Wiedniu; K. M. Wilson z Montreal profesorem ginekologii na uniw. w Baltimore; W. Palmer Lucas z Bostonu profesorem pedyatryi w San Francisco.

Zmarli: Dr Henryk Uromski (Unsinn) zmarł po długiej chorobie w Kuchajowie w 52 r. ż.; Walter Whitead, b. dyrektor uniwers. kliniki chirurgicznej w Manchester; Dr August Reszyf zmarł 20. sierpnia w Radryniu (ziemi Siedleckiej).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LII. Kraków, dnia 20 września 1913. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Krwiomocz przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Podał

Doc. Dr Z. Radliński

Ogólnie znane są trudności rozpoznawcze, jakie niekiedy nastręcza zapalenie wyrostka robaczkowego. Przeważnie się zdarza, że rozpoznane bywa zapalenie wyrostka, a dalszy przebieg wyjaśnia, że sprawa chorobowa dotyczyła któregoś z narządów sąsiednich. Znane są takie przypadki, gdzie usuwano zdrowy wyrostek robaczkowy, a tymczasem istotnie zmienionym chorobowo był jużto pęcherzyk żółciowy, jużto prawa nerka, lub przydatki maciczne. Opisano nawet operacye na wyrostku w przebiegu prawostronnego zapalenia płuc i atypowo przebiegającego duru brzusznego.

Znacznie rzadsze są wątpliwości w kierunku przeciwnym, gdy istotne zapalenia wyrostka robaczkowego niezwykłymi objawami skierowują uwagę lekarza w inną stronę. Do przypadków tej grupy należeć będą te rzadkie, ale niewątpliwie stwierdzone zapalenia wyrostka robaczkowego, którym towarzyszy krwiomocz.

Dotychczas opisanych przypadków tego rodzaju jest niewiele. W dostępnem mi piśmiennictwie[1]) znalazłem zaledwie 15 spostrzeżeń, mniej lub bardziej dokładnie zbadanych i opisanych.

Przypadek, spostrzegany przezemnie, przedstawia się następująco:

W grudniu 1912 wezwany zostałem przez jednego z kolegów internistów na naradę do chorego z powodu krwiomoczu.

Chory lat 31, chemik, był do połowy maja 1912 wogóle zdrów. Nagle dostał bólów w brzuchu, które przypisywał »zaburzeniom żołądkowym« i które po paru dniach minęły. Podobne napady bólów, krótkotrwałe, powodujące całodzienne pozostawanie w łóżku i leczenie środkami domowymi, powtarzały się w czerwcu, lipcu i październiku, przyczem przy ostatnim napadzie chory zauważył czerwone zabarwienie moczu, ale wagi do tego nie przywiązywał.

Te napady bólów przebył chory poza Krakowem. W listopadzie, już w Krakowie, ponowny napad z podniesieniem ciepłoty. Wezwany lekarz rozpoznał zapalenie wyrostka robaczkowego. Było znów czerwone zabarwienie moczu, ale nie zawiadomiono o tem lekarza. Napad minął po paru dniach. Mocz przybrał szybko zabarwienie prawidłowe.

W końcu grudnia znów napad bólów z podniesieniem ciepłoty. Rozpoznano znów zapalenie wyrostka i nawet rozważano potrzebę operacyi, odłożono ją jednak wobec niezbyt silnych objawów. Po tygodniu bóle ustąpiły, stan podgorączkowy utrzymywał się i teraz dopiero zwrócono baczniejszą uwagę na czerwono-brunatne zabarwienie moczu, które i przy tym napadzie wyraźnie wystąpiło. Badanie moczu wykryło liczne czerwone ciałka krwi i krew wykazalną chemicznie, — poza tem stosunki prawidłowe. W tym właśnie okresie sprawy chorobowej zobaczyłem chorego po raz pierwszy.

Budowa i odżywianie mierne, ciepłota 37.6, tętno 80. Brzuch wysklepiony prawidłowo, z zachowanymi prawidłowemi stłumieniami opukowemi. Przy obmacywaniu brzucha nigdzie, a zwłaszcza na prawym talerzu biodrowym, żadnej bolesności niema. Objaw Rovsinga i Blumberga ujemny. Nerki niemacalne. Przy uderzaniu od tyłu w okolice lędźwiowe na poziomie nerek — wrażliwość po stronie lewej. Badanie przez odbytnicę z wynikiem ujemnym.

Dla wyjaśnienia sprawy i przeprowadzenia szczegółowego badania dróg moczowych, uzyskałem dla chorego przyjęcie do szpitala wojskowego i tam nazajutrz po przyjęciu stwierdziłem, że ciepłota zupełnie spadła do poziomu prawidłowego, oraz że mocz się oczyścił i krwi w nim już nie można było wykazać. Pozostała tylko nieznaczna wrażliwość lewej okolicy lędźwiowej na opukiwanie. Badanie wziernikiem pęcherzowym nie wykryło żadnych zmian na śluzówce pęcherza. Trójkąt Lieutauda wygląda prawidłowo, również wyloty moczowodów. Rytm wydalania moczu i jego widoczna jakość — prawidłowe. Do moczowodów wprowadziłem cewniki, które weszły łatwo i bez przeszkód na 20 ctm. Mocz zbierany z cewników również nie przedstawia widocznych zmian, poza pewną wodnistością, odpowiednią do poliuryi, którą ten chory oddziaływał na wprowadzenie cewników. Próba indygokarminowa wykazala wystąpienie zabarwienia po obu stronach dopiero po 30 minutach i zabarwienie to, odpowiednio do poliuryi, było blade, ale z obu stron jednakowe. Badanie moczu otrzymanego z cewników, ani chemicznie ani pod drobnowidem nie wykryło nieprawidłowości. Mocz wstrzyknięto do otrzewnej świnkom morskim i, zaznaczam tu nawiasem — pozostały one zupełnie zdrowe.

Prócz tego dokonano zdjęć rentgenowskich obu nerek i obu miednicowych końców moczowodów. Na zupełnie udatnych płytach nigdzie nie można było znaleść nic podobnego do kamienia.

Wobec zupełnego powrotu do zdrowia chory opuścił szpital z poleceniem niezwłocznego zawiadomienia, gdyby ponownie powstały objawy czy to ze strony jamy brzusznej, czy to narządu moczowego.

[1]) Frisch: Hämaturie bei Appendicitis. Wien. Klin Woch. 1912 Nr I.
Ploos van Amstel: Haematurie. Samml. Klin. Vortr. 1908.

W połowie lutego b. r. w godzinach popołudniowych zostałem wezwany do chorego z powodu, iż znów od rana dostał bólów w brzuchu z nudnościami i wymiotami. Zastaję ciepłotę 37.5, żywą bolesność w okolicy kątnicy, zaznaczoną obronę mięśniową, objaw Blumberga dodatni (ból żywy przy szybkiem puszczeniu ręki, poprzednio powoli wciśniętej w głąb w okolicy talerza biodrowego prawego). Mocz bez zmian. Rozpoznaję ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Chory zostaje niezwłocznie przewieziony do szpitala wojskowego i tam póżnym wieczorem, przy uprzejmej pomocy kierownika oddziału chirurgicznego Dra Michla, dokonuję operacyi w uśpieniu chloroformowem.

Typowe cięcie Jalaguiera. Do rany wpukla się bardzo ruchoma kątnica o żywo nastrzykanej otrzewnej. Po wydobyciu kątnicy po przed ranę znajduję wyrostek robaczkowy przyklejony do jej tylnej zewnętrznej ściany tak, iż końcem był on »in situ« skierowany ku górze i ku zewnątrz. Wyrostek jest sklejony dawnymi zrostami ze ścianą kątnicy; zrosty te są obecnie rozpulchnione wskutek świeżego obrzęku zapalnego. Wyrostek grubości małego palca walcowaty, cieńszy u podstawy, prześwieca żółtawo i wypełniony jest płynem pod znacznem ciśnieniem. Uwolnienie wyrostka, podwiązanie krezeczki, zgniecenie wyrostka u podstawy kleszczykami tętniczemi Blunka, podwiązanie cienką struną w obrębie zgniecenia, odcięcie wyrostka nożyczkami między podwiązką i osobno założonemi kleszczykami Peana; dotknięcie przekroju gazikiem z jodyną. Wpuklenie kikuta zapomocą szwu krzyżowego jedwabnego (Pochhammer [2]), drugie piętro — szew ósemkowy lub przekątny — (Diagonalnath-Sultan [3]), z cienkiej struny, oddawna przezemnie używanej. Warstwowe odbudowanie ściany brzusznej szwami strunowymi z umocowaniem mięśnia prostego w załamku jego pochwy za pomocą paru szwów. Klamry Michela na skórę.

Z wyrostka robaczkowego po przecięciu wylała się spora ilość płynu brunatno-ropiastego. Śluzówka w obrębie części rozdętej płynem brunatno-żółta, ponadżerana, spłaszczona, bez fałdów. Zmiany widocznie dawne, nie jednodniowe, obecnie ponownie zaostrzone (empyema cum exacerbatione).

Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. Chory z raną zagojoną doraźnie opuścił szpital po 12 dniach. Nadmienię, że nazajutrz po operacyi pojawił się krwiomocz o tych samych cechach, co poprzednio, t. j. ze znaczną ilością krwinek czerwonych, nie ułożonyeh w wałeczki. Krwiomocz trwał tym razem niespełna 2 doby, poczem znikł zupełnie i dotychczas się nie ponawiał, stan wogóle bardzo się poprawił; operowany czuje się zupełnie zdrów.

Opisany przypadek stanowi jeden z tych nielicznych, gdzie dokładnie różnymi sposobami badano narząd moczowy. Wyniki tego badania pozwalają stanowczo wyłączyć zwykłe przyczyny krwawień nerkowych. A więc nie wykryto zapomocą dobrych zdjęć rentgenowskich kamieni nerkowych i moczowodowych; przeciwko nim przemawia też wynik próby indygokarminowej. Gruźlicę można z całą pewnością wyłączyć na podstawie braku zmian swoistych w pęcherzu, a zwłaszcza na podstawie ujemnego wyniku szczepienia moczu świnkom morskim. Nowotwór nerki wyłączam na podstawie wyniku próby z indygokarminem, a także na podstawie dalszego przebiegu sprawy, wykazującej znaczną i stałą poprawę, a nie pogorszenie.

Pozostawałby dziwny zbieg krwawiączki nerkowej (renale Hamophilie, essentielle Nierenblutung) z zapaleniem wyrostka robaczkowego. W jaki sposób powstać może krwawienie z nerek przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, dotychczas nie jest jasne. Sprawę tę omawia Frisch (l. c.) i do istniejących przypuszczeń o przekrwieniu zapalnem, toksycznem zapaleniu nerek i zatorze drobnoustrojowym w obrębie kory nerkowej, dołącza swoje przypuszczenie o możliwości zatoru skrzepem. Miałoby to powstawać w ten sposób, że wyrostek robaczkowy w stanie zapalnym może niekiedy przylegać do prawej żyły nasiennej wewnętrznej (v. sperm. interna), i wywoływać w niej zakrzepy. O ile, co się niekiedy zdarza, żyła ta wpada do żyły nerkowej prawej, zakrzep może się rozszerzyć na tę żyłę, a stąd na drodze wstecznego szerzenia się — na nerkę. Wiadomo, że sprawy zatorowo-zakrzepowe mogą wywoływać zawały krwawe w nerce (infarctus haemorrhag.) i w tych razach zdarza się krwiomocz, z układaniem się krwinek w wałeczki. Frisch uważa to objaśnienie za odpowiednie do swoich 2 przypadków, w których wprawdzie cystoskopował, ale już po przeminięciu krwiomoczu, tak że nie mógł odkryć, z której nerki krwiomocz pochodził; w obu znajdował w moczu wałeczki krwawe.

Mój przypadek cystoskopowałem wprawdzie również po przejściu krwiomoczu, ale zato za pomocą próby indygokarminowej stwierdziłem, że obie nerki dawały opóźnienie filtracyi barwika (30 min. zam. ± 15 min) i to **obie w równym stopniu**. Jednakowe było też upośledzenie w natężeniu zabarwienia po obu stronach. Bolesność lewej nerki przy opukiwaniu, wskazuje również, że nie pozostała ona obojętną na sprawę zapalną, toczącą się w wyrostku. Poza tem mocz wspólny pęcherzowy wykazywał obecność nie wałeczków krwawych, ale licznych krwinek czerwonych.

Jakkolwiek z danych powyższych jeszcze nie można zbudować objaśnienia, któreby dostatecznie tłumaczyło krwiomocz przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, to jednak wydaje mi się prawdopodobnem, że chodzi tu o zaatakowanie obu nerek przez czynnik toksyczno-zakaźny pochodzenia jelitowego, i na tem tle, jak to zresztą nie jest w patologii nerek czemś niebywałem, powstaje krwawienie do dróg moczowych, krwawienie o typie przebroczynowym — »per diapedesin« —.

[2]) Pochhammer. Die Kreuzverschlussnaht in der Magendarmchirurgie. Centrbl. f. Chir. 1912. Nr 47.

[3]) Sultan. Die Diagonalnaht. Centr. f. Chir. 1912 Nr 32.

Z ambulatoryum dla chorób ucha i nosa w szpitalu izraelickim w Krakowie.

Kazuistyka z dziedziny chorób ucha i górnych dróg oddechowych

podał

Dr R. Spira,

kierownik ambulatoryum.

(Ciąg dalszy).

Leczenie zapalenia ucha środkowego zapomocą przekrwienia aspiracyjnego.

Na XVI. międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Budapeszcie r. 1909 broniłem leczenia ostrego zapalenia ucha

środkowego zapomocą przekrwienia zastoinowego i aspiracyjnego zmodyfikowaną przezemnie metodą Biera. Tamże przytoczyłem też kilka własnych spostrzeżeń, w których mimo wybitnego zajęcia kości sutkowej udało się osiągnąć tym sposobem wyleczenie bez zabiegu operacyjnego. Dalsze późniejsze doświadczenia przekonały mnie, że korzystne wyniki, otrzymane przezemnie, przypisać należało raczej zastosowanemu przez nas przekrwieniu aspiracyjnemu, niż zastoinowemu. Rozporządzam kilku nowymi przypadkami, w których operacya bezsprzecznie była wskazana, w których inni lekarze i po części także ja sam, na operacyę nalegali, a mimo to udało się chorobę bez wydłutowania wyrostka sutkowego wyleczyć. Jako przykład pozwalam sobie przytoczyć pokrótce kilka przypadków.

Chora E. K., z Krakowa, podaje, że przed 8 dniami zachorowała na ostre ropne zapalenie ucha środkowego, do którego po kilku dniach przyłączyło się porażenie twarzy po tej samej stronie. Na jednej z klinik, jak twierdzi chora, przedstawiono jej tę chorobę jako bardzo ciężką i poradzono natychmiastową operacyę. Znalazłszy obok porażenia n. twarzowego mały otworek w dolnym tylnym odcinku błony bębenkowej i brak wszelkich zmian nad wyrostkiem sutkowym i objawów ogólnych zastosowałem obok zwykłego leczenia przekrwienie aspiracyjne przykładając przyrząd ssący do otworu przewodu ucha zewnętrznego. Porażenie n. twarzowego i ropienie z ucha z dnia na dzień się zmniejszało. Wśród znacznej poprawy wystąpiły według podania chorej po 3 tygodniach po świeżem zaziębieniu i silnym nieżycie nosa na nowo obfitsze ropienie z ucha i silne bóle w wyrostku sutkowym i w głowie, które po pijawkach i okładach lodowych nie ustąpiły. Zastosowałem ssawkę na wyrostku za uchem i na zewnętrznym przewodzie ucha. W dniach następnych obrzmienie i naciek na wyrostku sutkowym, ścieśnienie przewodu usznego, w uchu dużo ropy. Nacięcie części miękkich nad wyrostkiem i przystawienie bańki nad raną. Po tygodniu obrzmienie i bolesność na wyrostku ustąpiły, powstał zaś twardy, bolesny naciek pod wyrostkiem sutkowym. Gdy do tego przyłączyły się częste bóle w okolicy skroni, sam radziłem chorej, by się poddała operacyi na wyrostku, na co ona zgodzić się nie chciała. Po kilku dniach pokazuje się ropa w przewodzie, wyciekająca z ziarniejącego otworu na tylnej kostnej ścianie przewodu, przez który można sondą w głębi $^1/_2$ cm wyczuć chropawą kość. Mimo powtórnych usilnych przedstawień i ostrzeżeń chora stanowczo sprzeciwia się operacyi, tak, że wbrew własnemu przekonaniu musiałem zadowolnić się leczeniem zachowawczem. Po kilkutygodniowem leczeniu zapomocą aspiracyi i okładów z octanu glinowego naciek pod uchem zmniejszył się, przewód ucha stał się przestronniejszym, stan podmiotowy coraz lepszym i na koniec chorą wypuszczono z opieki z raną zauszną wygojoną, z uchem wyleczonem, suchem, błoną bębenkową zarośniętą i ze słuchem dość dobrym.

W tym przypadku wskazania do operacyi w początku choroby nie było. Wyrostek nie zmieniony, nie bolesny, gorączki ani objawów wstrzymania wysięku nie było wcale. Jedyne powikłanie, porażenie n. twarzowego, nie stanowiło nic groźnego.

Wprawdzie zajęcie tego nerwu w przebiegu przewlekłego ropienia stanowi bardzo ważne powikłanie, wymaga wielkiej uwagi i może być rozstrzygającym powodem do otwarcia wyrostka lub operacyi t. zw. doszczętnej, jednakże i tu należy rozważyć, czy to porażenie nie jest przyrody gośćcowej, przypadkowo i niezależnie od choroby usznej równocześnie z nią istniejące. Takie przypadki spostrzegałem i opisałem je w innej mej pracy. Mogą one przy pospiesznem i powierzchownem rozpoznaniu dać powód do pomyłki i do niestosownego postępowania leczniczego. Jednakże w większej części przypadków porażenie n. twarzowego wśród przewlekłego ropienia usznego wskazuje na głębokie zniszczenie kości jamy bębenkowej i na daleko posuniętą sprawę chorobową, wymagającą energicznych zabiegów leczniczych.

Inaczej w ostrem zapaleniu ucha środkowego, w którem porażenie to wprawdzie łatwo wystąpić może zależnie od choroby usznej, ale przecież bez głębszego zajęcia ucha. Należy o tem pamiętać, że przednia ścianka przewodu n. twarzowego, oddzielająca ten nerw od jamy bębenkowej jest zwykle bardzo cieńka i prócz tego znajdują się w niej (często u dzieci, rzadko u dorosłych) otwory, przez które nerw ten styka się bezpośrednio z błoną śluzową jamy bębenkowej. Otóż łatwo wyobrazić sobie, jak już samo przekrwienie jamy bębenkowej, zwykle połączone z przepełnieniem tętnicy rylcowosutkowej, przebiegającej w kanale Fallopiusza, może dać powód do ucisku na nerw twarzowy i w następstwie do jego niedowładu. Przy wrodzonych lub nabytych otworach w ścianie tego kanału może powstać niedowład względnie porażenie tego nerwu w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego wskutek ucisku ze strony obrzmiałej błony śluzowej, wysięku i t. p. W razach takich należy się starać o szybkie uwolnienie jamy bębenkowej od zalegającego tam wysięku, a do tego przyczynia się świetnie wyssanie drogą ucha zewnętrznego. I rzeczywiście w naszym przypadku wśród tego leczenia porażenie nerwu w bardzo krótkim czasie ustąpiło bez śladu.

Występujące w dalszym przebiegu na nowo obrzmienie, bolesność w okolicy wyrostka sutkowego i od czasu do czasu pojawiające się bóle w głowie i w okolicy skroni były bardzo niepokojące i kazały przypuszczać głębokie ognisko w kości sutkowej. To skłoniło mnie, że zwróciłem chorej uwagę na grożące niebezpieczeństwo i że uchyliłem się od odpowiedzialności w razie, gdyby się chora na operacyę nie zgodziła. Skoro jednak chora mimo to stale i stanowczo przyzwolenia na operacyę odmawiała, zastosowałem dalej to samo leczenie, jak poprzednio i oto wbrew oczekiwaniu zostało ono uwieńczone świetnym skutkiem.

Jeżeli w tym przypadku przebiciem rany przez tylną ścianę przewodu możnaby tłómaczyć korzystny przebieg, to w innych tą metodą skutecznie leczonych przypadkach do takiego tłómaczenia uciekać się nie można, a korzystny wynik przypisać należy wyłącznie tylko metodzie leczenia. Kilka podobnych przypadków podałem w innych mych publikacyach (Lwowski Tygodnik lek., Archiv f. Ohrenheilk.), gdzie też metodę tę bliżej opisałem.

Na podstawie własnego doświadczenia mam niezachwiane przekonanie, że zapomocą tego postępowania może nierzadko udać się, operacyę krwawą (zresztą wskazaną) uczynić zbyteczną i sądzę, że jeżeli przez jakibądź sposób udaje się niekiedy choć raz uniknąć narkozy i zabiegu krwawego, skądinąd wskazanego, to metody takiej nie wolno lekceważyć, a należy ją raczej wysoko cenić i choćby dla próby częściej stosować w odpowiednich okolicznościach, jeżeli zwłoka nie grozi niebezpieczeństwem.

Skuteczność tego sposobu polega na działaniu zwiększonego miejscowego przekrwienia zapalnego, które można

zapomocą aspiracyi wywołać nawet przez nieuszkodzoną skórę i które, według Biera, stanowi najlepszy środek dla poparcia dążeń leczniczych przyrody. Pod wpływem siły ssącej występuje silny prąd limfy ku okolicy stojącej pod działaniem aspiracyi, przez co nawet przy nieprzebitej kości mikroby chorobotwórcze dostają się do zewnętrznych części miękkich pod wpływem szkodliwie na nie działającego zastoju. Z tego wynika, że lepszego skutku można spodziewać się po tej metodzie u dzieci, u których szew łuskowo-sutkowy jeszcze jest utrzymany, dalej tam, gdzie warstwa korowa wyrostka sutkowego jest już przebita i przy wyrostku obfitującym w komórki powietrzne, niż u osób starszych, przy kości sutkowej nienaruszonej i zawierającej mało komór powietrznych. Najlepiej nadają się do tego leczenia przypadki ostrego zapalenia ucha środkowego, w których wikłające je zapalenie wyrostka sutkowego objawia się zewnętrznie bolesnością, obrzmieniem, naciekiem, albo nawet chełbotaniem. Natomiast w przypadkach przewlekłych lub w takich ostrych, w których istnieją bóle głowy i w uchu podwyższona ciepłota ciała, bóle w wyrostku bez zmian zewnętrznych, należy przypuścić, że sprawa zapalna toczy się w głębi kości i tu nie należy się spodziewać dobrego wyniku po nacięciu i aspiracyi, a powinno się jak najprędzej przystąpić do operacyjnego otwarcia kości. Tak samo, jeżeli wśród tego leczenia gorączka dalej się utrzymuje, obrzmienie, bóle nie zmniejszają się albo występują objawy głębszych powikłań, objawy mózgowe lub inne objawy niepokojące, należy leczenie to natychmiast przerwać i przystąpić do operacyi wyrostka.

Że jednak można czasem, aczkolwiek rzadziej, dzięki tej metodzie uniknąć operacyi także w przypadkach przewlekłych zapaleń usznych, tego dowodzi kilka przezemnie gdzieindziej już opisanych przypadków, wyleczonych drogą zachowawczą mimo próchnienia kości sutkowej.

Ciekawym i opisania godnym zdaje mi się także następujący przypadek:

Przed kilku miesiącami leczyłem chorą z przewlekłem ropieniem ucha środkowego, która wskutek przyłączenia się pozornego zapalenia wyrostka sutkowego już miała poddać się operacyi.

Prot. Nr 371. 1913. M. P., 25-letnia położna z Krakowa, zgłosiła się do mnie d. 18. marca b. r. i podała, że przed 3 laty doznała nagle strzykania w uchu prawem, poczem po krótkim czasie pojawiło się ropienie z ucha, a bóle ustały. Od tego czasu cierpiała chora na ustawiczne ropienie uszne. Przed 7 tygodniami wystąpiły na nowo silne bóle w uchu i za uchem i do tego dołączyło się obrzmienie za uchem. Chora zgłosiła się do jednej z klinik, gdzie jej, jak twierdzi, doradzano operacyę, na co jednak zgodzić się nie chciała. W ostatnim czasie bóle głowy i w uchu były straszne, nie do zniesienia. Chora przepędzała noce bezsennie, straciła apetyt i podupadła znacznie na siłach, tak, że czuje się tak osłabiona, iż nie mogłaby wytrzymać żadnej operacyi.

Przy badaniu znalazłem: w uchu zewnętrznem silne obrzmienie ścian przewodu, światło bardzo ciasne, wypełnione ropą. Po oczyszczeniu widać w zewnętrznym przewodzie ucha mnóstwo ziarnin polipowatych, zamykających światło od głębi. Najlżejsze dotknięcie ścian przewodu sprawia wielkie bóle. Pod wyrostkiem sutkowym w kącie wyrostkowożuchwowym obrzęk wielkości jaja kurzego przy dotykaniu bardzo bolesny, czerwoną skórą pokryty, chełboczący. Przy ucisku na to miejsce wydobywa się więcej ropy między ziarninami na dolnej ścianie przewodu. Wyrostek sutkowy niebolesny, skóra nad nim niezmieniona.

Dnia 21. III. usunięcie polipów z ucha zewnętrznego pętlą, w następnych dniach wypalanie resztek kwasem chromowym.

Dnia 24. III. nacięto ropień pod uchem i wypuszczono dużo ropy i krwi. Przez otwór w ropniu nie można zgłębnikiem dojść do kości. W następnych dniach codzień zakładanie bańki ssącej nad otworem w ropniu i nad wejściem do przewodu ucha zewnętrznego. Bóle głowy mniejsze, jednak jeszcze szczególnie w nocy bardzo silne. Przewód staje się trochę szerszym. Jednakże ściany jego jeszcze bardzo obrzmiałe tak, że w głębokości około 1 cm górna ściana styka się z dolną i zasłania zupełnie błonę bębenkową, zamiast której widać spuszczoną jakby zasłonę górną skórną ścianę przewodu, przy dotknięciu sondą chełboczącą. Nacięto ją i wypróżniono kilka kropel ropy.

Wśród dalszego leczenia zapomocą ssawki pod uchem i nad przewodem obrzmienie ścian przewodu zmniejsza się coraz więcej, światło jego staje się coraz przestronniejszem i coraz głębszem. Teraz dopiero widać na dnie przewodu jakieś ciało bladożółte, przy dotknięciu niebolesne, poduszkowato miękkie. W następnych dniach w miarę klęśnięcia przewodu widać coraz lepiej obce ciało, które uchwycone szczypczykami i wyciągnięte okazuje się małym zwitkiem cuchnącą ropą przesiąkniętej waty. Zaraz potem wydobyłem drugi i trzeci podobny do pierwszego tamponika. Wyjęcie to było połączone ze znacznymi bólami z powodu wielkiej wrażliwości obrzmiałych jeszcze ścian przewodu i ciasnego przystępu. Zkąd te waciki do ucha się dostały i jak długo tam pozostawały, chora nie umiała podać. W następnych dniach wyjąłem jeszcze dwa podobne tamponiki z ucha. Teraz dopiero jama bębenkowa stała się przystępna dla wzroku i można było widzieć ziarnkującą błonę śluzową wewnętrznej ściany jamy bębenkowej. Błony bębenkowej i kostek słuchowych brak. Od tego dopiero czasu nastąpiła wyraźna, stanowcza poprawa stanu ogólnego, przedmiotowego i podmiotowego, która raźno postępowała naprzód.

10. V. Rana pod uchem zgojona, niema obrzęku ani bolesności, apetyt wrócił, ból głowy całkiem ustąpił; chora może znowu spać, czuje się wolną od dolegliwości i »świeżą jakby nowonarodzoną«. Jednakże górna ściana przewodu jeszcze jest nieco obrzmiała i światło przewodu jeszcze trochę ścieśnione.

20. V. Przewód ucha zewnętrzny wygląda całkiem prawidłowo, chora czuje się zupełnie wyleczoną. Jednakże z ucha środkowego wydziela się jeszcze rzadka skąpa wydzielina, przez co chora pozostaje jeszcze w leczeniu.

Tu chodziło zatem o przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, wśród którego wskutek zatkania wacikami, doszło do objawów zatrzymania ropy. Obok tego istniało zapalenie ucha zewnętrznego i wskutek nieczystości albo dłubania w uchu doszło do wytworzenia się ropnia na dolnej ścianie przewodu i ztąd do ropnia opadowego albo do zropienia gruczołu pod uchem.

Jeżeli prawda, co chora podała, że jej proponowano otwarcie wyrostka, to zaszła pomyłka rozpoznawcza. Albowiem wyrostek sutkowy był i pozostał przez cały czas zdrowym i chodziło tylko o zapalenie ucha zewnętrznego obok przewlekłego ropienia ucha środkowego. Za tem przemawiał brak bolesności w kości sutkowej i ogromna bolesność ścian przewodu. Pomyłka taka często i łatwo zachodzi i rozpoznanie różniczkowe między temi dwiema sprawami (zapaleniem wyrostka sutkowego a zapaleniem ucha zewnętrznego) nie zawsze jest łatwe. Cechy rozróżniające te cierpienia omówiłem dokładniej w moim podręczniku (Krótki zarys nauki o chorobach usznych). W naszym przypadku jedynym objawem, któryby przemawiał za zajęciem

wyrostka sutkowego, było istniejące przewlekłe ropienie uszne. Natomiast brak zmian na wyrostku samym, brak bolesności jego nawet przy ucisku powinien już był zwrócić uwagę na istotny stan rzeczy. Za zapaleniem ucha zewnętrznego, względnie za przebiciem gruczołu zropiałego do przewodu przemawiały nadto zupełnie odgraniczony ropień pod uchem, żadnego związku z wyrostkiem sutkowym ucha nie mający, wypełnienie przewodu granulacyami, wychodzącemi z dolnej ściany przewodu, ogromna bolesność ścian przewodu i całej małżowiny przy dotykaniu, wydobywanie się większej ilości ropy przez otwór w dolnej ścianie przewodu przy ucisku na ropień pod uchem, — wszystko objawy, których w zapaleniu wyrostka sutkowego niema.

Nadzwyczaj silne bóle głowy i objawy ogólne w naszym przypadku tłómaczą się jako objawy zatrzymania ropy, które w istocie ustąpiły szybko po usunięciu z jamy bębenkowej zalegających tam kto wie od jak dawna i hamujących odpływ ropy tamponów.

Bardzo dobre wyniki otrzymywałem także przy leczeniu przekrwieniem aspiracyjnem ostrego i przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego bez powikłania ze strony wyrostka. Wydobycie ropy z ucha środkowego zapomocą aspiracyi okazało się dobrym sposobem dokładniejszego i szybszego oczyszczenia jamy bębenkowej z wysięku i przyspieszenia leczenia. Nieraz w ostrem zapaleniu ropnem z wązkim lub niekorzystnie umieszczonym otworem lub z wyniosłością sutkowatą na błonie bębenkowej, gdzie zachodziło wskazanie do rozszerzenia otworu lub do powtórnego przekłucia błony, udało mi się, dzięki tej metodzie osiągnąć wyleczenie bez tego zabiegu.

W wielu przypadkach przewlekłego ropienia usznego, długi czas innymi sposobami bez skutku leczonych, leczenie zapomocą aspiracyi z ucha zewnętrznego oddawało mi świetne usługi. Metoda ta należy mojem zdaniem do najdzielniejszych i najskuteczniejszych środków w leczeniu tego nieraz bardzo uporczywego stanu chorobowego. Działanie tego sposobu polega na dwóch czynnikach. W pierwszym rzędzie osiągamy tym sposobem dokładniejsze, gruntowniejsze oczyszczenie jamy bębenkowej i jej zaułków, niż innemi metodami. Mogłem się nieraz o tem przekonać, jak po najdokładniejszem wystrzykaniu i wyczyszczeniu ucha i po przedmuchiwaniu przez trąbkę udało się jeszcze przez aspiracyę wydostać z ucha ciągnącą śluzową treść w większej lub mniejszej ilości. Działanie to jest szczególnie korzystne i pożyteczne w tych przypadkach, w których zastosowanie kaniulki do jamy bębenkowej z jakiejbądź przyczyny jest technicznie niemożliwe lub utrudnione. W drugim rzędzie wchodzi tu w rachubę przekrwienie błony śluzowej, które, jak wiemy, stanowi czynnik leczniczy bardzo dzielny. W przypadkach z przewlekłem próchnieniem kości sutkowej lub z perlakiem w uchu środkowem z tego leczenia oczywiście niczego spodziewać się nie można. Natomiast można w powierzchownem próchnieniu kości w obrębie jamy bębenkowej i kostek słuchowych zapomocą tej metody korzystnie wpływać na sprawę chorobową.

Sondermann podał osobny przyrząd do tej metody. Preobrażenski (Moskwa) osiągał przez wyssanie z ucha zewnętrznego dobre wyniki nawet przy powikłaniach ze strony wyrostka sutkowego; uważa on za możliwe, że tą drogą daje się wyssać płyn nawet z jamy sutkowej i z trąbki Eustachiusza. Także Hálasz (Miskolcz) ogłosił dobre wyniki, otrzymane przez siebie zapomocą przyrządu aspiracyjnego Sondermanna w ostrych i przewlekłych ropieniach ucha środkowego nawet z powikłaniem ze strony wyrostka sutkowego. Muck miał osiągać zapomocą tego sposobu wyleczenie nawet w gruźliczych zapaleniach ucha środkowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Reiss i Jahn. **Galaktozurya pokarmowa w chorobach wątroby.** (Deut. Arch. f. klin. Med. 108 Bd.). Tolerancya dla lewulozy jest w większej części chorób wątroby zmniejszona, dla galaktozy zaś zachowuje się nieco inaczej, a badanie jej może dawać ważne wskazówki rozpoznawcze co do czynności wątroby. Autorowie stwierdzili w swych badaniach klinicznych, że silna galaktozurya pokarmowa przemawia za żółtaczką nieżytową, o ile wykluczone są inne schorzenia gorączkowe przebiegające z żółtaczką. Prawdopodobnie tolerancya dla galaktozy jest też zmniejszona przy zatruciu fosforem, zaniku żółtym wątroby, wogóle w schorzeniach wątroby, w których komórki ulegają zmianom; średnio silna galaktozurya przemawia przeciw rakowi wątroby, wątrobie zastoinowej i kamicy; naturalna tolerancya dla galaktozy występuje we wszystkich chorobach wątroby tylko nie w żółtaczce nieżytowej. Wyraźna galaktozurya w żółtaczce świadczy za poważnem uszkodzeniem komórek wątroby, a nie tylko za utrudnionym odpływem żółci. N.

Gross. **Badania na chorych trzustkowych.** (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 108). Autor przeprowadzał badania nad zużytkowaniem tłuszczów, węglowodanów i białka oraz nad wartością metod rozpoznawczych podanych dla schorzeń trzustki, u dwu chorych na trzustkę i stwierdził, że pominąwszy metodę jodową Winternitza, na wszystkich innych można polegać. Wydzielanie trypsyny u obu chorych było silnie upośledzone, podobnie i diastazy. Dziwnem okazało się, że u obu chorych, mimo dużych ilości wydzielanych tłuszczów (steatorrhoëa), stwierdzono wzmożony rozpad tłuszczów, który autorowie przypisują działaniu bakteryi. Pankreon nie wpływa na wchłanianie tłuszczów, natomiast na asymilacyę białka. Brak zaczynów jest przyczyną złego zużytkowania białka, steatorrhoëa zaś następstwem zaburzenia w wessaniu, do którego obecność trzustki jest konieczną. N.

Schlecht i Schwenker. **Stosunek eozynofilii do anafilaksyi** (D. Arch. f. kl. Med. 108 Bd.). Opierając się na badaniach nad przyrodą anafilaktyczną dychawicy oskrzelowej (asthma), poddali autorowie badaniom eozynofilię, która występuje w szoku anafilaktycznym, wywołując ją różnymi sposobami. Autorowie przypisują eozynofilom szczególną rolę, przyjmują mianowicie, że przy trawieniu białka parenteralnem powstają produkty rozpadu, które wywabiają komórki eozynochłonne ze szpiku kostnego; czy chodzi tu o jedną jakąś istotę, na razie nie wiadomo; podobnie i skład tej substancyi nie jest znany. N.

R. van der Velden. **Działanie emanacyi radowej na krew.** (D. Arch. f. kl. Med. Bd. 108). Autor stwierdził wyraźne skrócenie czasu krzepnięcia krwi tak in vitro, jakoteż in vivo, pod wpływem czyto inhalacyi i picia emanacyi radowej, czy też injekcyi podskórnych soli radowych. Niewiadomo tylko, czy chodzi tu o działanie swoiste radu na zaczynowy lub chemiczny proces krzepnięcia krwi.

Właściwości krwi w innym kierunku nie zmieniają się przytem wcale. Badania krwi kapilarnej hemofilityków (krwawców) pod działaniem radu stwierdzają również skrócenie czasu krzepnięcia krwi, tak długiego zresztą u nich. W ten sposób otwiera się nowe pole do prób leczenia hemofilii. N.

Lommel. **Choroba Bantiego i żółtaczka hemolityczna.** (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 109). Autor przedstawia dokładnie porównawczo dwa przypadki choroby Bantiego i żółtaczki hemolitycznej; w przypadku pierwszym przemiana białka była zupełnie normalna, krew jakoteż narządy wewnętrzne przedstawiały zmiany właściwe. Żółtaczka hemolityczna była wywołana ciążą, po której zupełnie ustąpiła; u dziecka chorej również stwierdzono żółtaczkę hemolityczną; badania wykazały prawidłową osmotyczną odporność ciałek czerw. krwi, zwiększony wskaźnik hemoglob. poikilocytozę, silną niedokrwistość i 13.000 ciałek białych, wśród których odsetkowo stwierdzono 65% myeloblastów; chodziło zatem w tym przypadku o rzadki przypadek żółtaczki hemolitycznej dziedzicznej. Z badań autora wynika, że między temi jednostkami chorobowemi nie da się wykazać właściwych różnic tak anatomicznych, jak i klinicznych, gdyż niektóre przypadki mogą być bardzo podobne do siebie. Również objawy właściwe dla tych spraw, jak podany przez Umbera toksyczny rozpad białka oraz zmniejszona odporność ciałek czerw. krwi na działanie osmotyczne autorów francuskich nie zawsze są pewne w rozpoznaniu różniczkowem. N.

Schlayer. **Źródła stałego wzmożonego ciśnienia.** (Münch. med. Woch. 1913 2.) Ostatnie kliniczne badania zdają się stwierdzać jako przyczynę wzmożonego ciśnienia adrenalinemię, względnie obecność we krwi istoty zwężającej naczynia. Ponieważ jednak nie udało się do chwili obecnej wykazać zwiększonej zawartości adrenaliny we krwi w stanach wzmożonego ciśnienia krwi, przyjmuje się prawdopodobieństwo wzmożonej wrażliwości systemu tętniczego, która objawia się nietylko pod wpływem działania adrenaliny lecz także innych podniet drogami nerwowemi idących. Niewyjaśnionem jest jeszcze, czy przyczyna tej nadwrażliwości tętnic tkwi w nerkach, czy też schorzenie nerek jest nie przyczyną, lecz tylko objawem. Dla praktyki ważnem jest to, co powiada Romberg, że każde wzmożenie ciśnienia po nad 150 mm Hg wzbudza podejrzenie na udział nerek w schorzeniu. N.

Simmonds. **Przysadka mózgowa a moczówka prosta.** (M. med. Woch. 1913 3). W 2 miesiące po operacyi raka sutka wystąpiła u jednej chorej silna polyuria, równocześnie z pojawieniem się przerzutów nowotworowych w różnych okolicach ciała. Sekcya stwierdziła w tym przypadku zupełne zniszczenie tylnego płatu przysadki. Spostrzeżenie to, jak zresztą badania doświadczalne wykazały, może stwierdzać związek między schorzeniem przysadki a moczówką prostą, którą w przypadku tym odnieść należy do wzmożonej funkcyi tylko części środkowej (pars intermedia) przysadki. wywołanej podrażnieniem przez nowotwór usadowiony w płacie tylnym, ze względu na to, że płat tylny był zupełnie zniszczony a płat przedni, jak to bezsprzecznie udowodniono, nie ma wpływu na wydzielanie moczu. N.

Beyer. **Prątki błonicy w moczu.** (Münch. med. Woch. 1913, 5). W 19 przypadkach błonicy znajdował autor bez wyjątku prątki błonicy w moczu stale; u ozdrowieńców niektórych rzadkie bywały dnie, w których nie stwierdzał ich obecności. Trwanie wydzielania prątków moczem jest nieraz bardzo długie; w niektórych razach jeszcze po 8—10 tygodniach od zachorowania dało się wykryć prątki błonicy w moczu. Wynika z tego, że należy się liczyć z możliwością szerzenia się błonicy drogą moczu. N.

Kessler. **Wykrywanie prątków gruźliczych we krwi.** (Münch. med, Woch. 1913, 7). Autor postępuje w sposób następujący: 0·5—1 cm³ krwi miesza z 1 cm³ wody i dodaje trypsyny Grüblera w ilości na koniec noża, poczem dolewa podwójną ilość całej objętości płynu 25% antyforminy i trzy części spirytusu do palenia. wstrząsa dokładnie i wiruje przez ½ godziny, osad rozciera na szkiełku i barwi zwykłym sposobem. N.

Kahn. **W sprawie wykrywania prątków gruźliczych we krwi.** (M. med. Woch. 1913. 7.) Autor uważa za jedynie pewny dowód obecności prątków gruźliczych we krwi — wyniki szczepień krwi podejrzanej zwierzętom i radzi tylko te badania przeprowadzać, chcąc dojść do pewnych wyników. N.

Bachmeister. **Występowanie jadowitych prątków gruźliczych we krwi po wstrzyknięciach dyagnostycznych tuberkuliny.** (M. med. Woch. 1913. 7.). Autor postępował w ten sposób, że brał krew chorym, którym wstrzykiwał tuberkulinę w chwili największej gorączki i wstrzykiwał ją zwierzętom i w ten sposób na 30 szczepień wykrył u 4 chorych obecność prątków we krwi; ci czterej chorzy dawali po injekcyach tuberkuliny bardzo silny odczyn tak miejscowy, jak i ogólny; krew tych samych chorych zaś szczepiona zwierzętom przed wstrzykiwaniem tuberkuliny dała wynik ujemny. W ten sposób udowodnił autor fakt, że jadowite bakterye gruźlicze zostają pod wpływem injekcyi tuberkuliny wpędzane do ogólnego krążenia i zaleca ogromną ostrożność w stosowaniu injekcyi dyagnostycznych. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 21. maja 1912.

Przewodniczący kol. Sterling, sekretarz Sonenberg.

1) Kol. Skalski przypomniał obecnym, że między 31 sierpnia i 7 września r. b. odbędzie się w Antwerpii IV Zjazd międzynarodowy, poświęcony sprawom mieszkań. Podkreślając doniosłe znaczenie takich Zjazdów, kol. S zaznaczył potrzebę zainteresowania się nimi i udziału w nich.

2) Przewodniczący przeczytał zawiadomienie od Towarzystwa lekarskiego Piotrkowskiego o zawiązaniu się Towarzystwa i rozpoczęciu działalności w dniu 20. kwietnia r. b.

3) Przewodniczący przeczytał list kol. Sulimierskiego, zawiadamiający o zaprowadzonych w Busku udogodnieniach, a mianowicie o przywróceniu całej godziny, jak to było dawniej, na zajmowanie łazienki, zamiast ¾ godziny.

4) Kol. H. Rosenblatówna: **O współczesnych poglądach na odczyny tuberkulinowe u dzieci.**

Treść odczytu: W ciągu 6-letniego okresu, jaki nas dziś dzieli od odkrycia odczynu Pirqueta, próba ta była stosowana w tysiącach przypadków, stając się coraz bardziej cenionym środkiem pomocniczym w dyagnostyce gruźlicy dziecięcej. Nie jest to jednak odczyn bezwzględnie pewny, t. j. dodatni wynik nie zawsze oznacza gruźlicę, a ujemny, nie zawsze oznacza brak gruźlicy. Co do pierwszego punktu, to dla celów praktycznych można go zupełnie nie brać w rachubę, gdyż opisywane przypadki dodatniego odczynu Pirqueta jakoby bez zmian gruźliczych są bardzo nieliczne i przeważnie niezupełnie pewne. Ważne i konieczne jest natomiast pamiętanie o tem, iż odczyn Pirqueta, zarówno jak i inne skórne odczyny tuberkulinowe bywają względnie często ujemne u dzieci z zupełnie pewną gruźlicą. Przedewszystkiem spostrzegano to dość często w gruźlicy chirurgicznej, (zapalenia otrzewnej, stawów i i.), oraz u niemowląt w pierwszem półroczu życia, niezależnie od tego, czy jest to gruźlica kości, czy na-

rządów wewnętrznych. Podług Pirqueta, przyczyną tego jest ta okoliczność, iż swoista wrażliwość na tuberkulinę zaczyna się wytwarzać w ustroju dopiero w 4 tygodnie po zakażeniu gruźlicą i w pierwszych miesiącach jest jeszcze nieznaczna, stąd odczyny skórne u młodych niemowląt są bądź bardzo słabe, bądź wogóle ujemne. U osobników starszych odczyny ujemne zdarzają się również, jak tego dowodzą przypadki Hamburgera Feerac, oraz przypadek prelegentki. We wszystkich tych przypadkach nie ograniczano się do jednokrotnego odczynu Pirqueta, lecz, bądź powtarzano go kilkakrotnie, bądź wykonywano jeszcze odczyn śródskórny, jak wiadomo, znacznie czulszy od odczynu Pirqueta. Być może, że i w tych przypadkach udałoby się jeszcze otrzymać wynik dodatni, gdyby zastosowano tuberkulinę z laseczników bydlęcych zamiast zwykłej starej tuberkuliny Kocha. W każdym razie należy zawsze pamiętać o możliwości ujemnego wyniku odczynów tuberkulinowych u osobników gruźliczych, nie ograniczać się nigdy do jednokrotnego odczynu Pirqueta i w razie ujemnego wyniku tam, gdzie badanie klinicznie przemawia wyraźnie za gruźlicą, uważać to ostatnie za ważniejsze.

Z kolei przechodzi prelegentka do omówienia spraw ilościowych odczynów tuberkulinowych, mających podług niektórych autorów wartość rozpoznawczą przy różniczkowaniu spraw czynnych i nieczynnych. Własne badania prelegentki, na materyale szpitala Anny Maryi, wykonywane w ten sposób, iż każdemu dziecku wstrzykiwano śródskórnie 4 różne dawki tuberkuliny i określano najmniejszą dawkę, która wywoływała jeszcze odczyn dodatni, dały wyniki ujemne, nie potwierdzające poglądów Eltermana, Erlandsena i innych, jakoby istniała ścisła zależność między stopniem zakażenia gruźliczego a oddziaływaniem na tuberkulinę. Ujemny był również wynik doświadczeń, podjętych w celu stwierdzenia, czy istnieje związek między uczulaniem się wskutek wielokrotnych wstrzykiwań tuberkuliny śródskórnie, a postacią gruźlicy, gdyż okazało się, iż przypadki, klinicznie bardzo odmienne, uczulały się jednakowo i odwrotnie.

W zakończeniu prelegentka omawia współczesne poglądy na istotę skórnych odczynów tuberkulinowych, oraz rolę skóry w powstawaniu tych odczynów. Pomimo twierdzenia wielu autorów, iż skórne odczyny tuberkulinowe są sprawą zupełnie nieswoistą, zależną tylko od wrażliwości skóry osobn. gruźliczych, oraz cały szereg różnych substancyi, a pomiędzy innemi, na tuberkulinę, prelegentka jest zdania, iż wprawdzie istota odczynu tuberkulinowego jest jeszcze niewyjaśnioną, większość faktów jednak przemawia bezwarunkowo za swoistością tych odczynów.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Sonenberg, Sterling, Koliński i Mogilnicki.

a) Sonenberg zwraca uwagę na jedno bardzo ciekawe zjawisko, nieraz obserwowane przy stosowaniu prób tuberkulinowych Pirqueta w przypadkach cierpień gruźliczych skóry, zwłaszcza u dzieci. Zjawisko to, które Sonenberg miał sposobność raz spostrzegać w przypadku rumienia twardego, polega na tem, że u osobnika, dotkniętego gruźliczem cierpieniem skóry, powstaje nieraz przy stosowaniu próby Pirqueta po pewnym czasie na skórze, w miejscu ukłucia, zmiana, pod względem anatomicznym i klinicznym bardzo podobna do owego cierpienia gruźliczego, jakiem dany osobnik jest dotknięty. A więc spostrzegano u dziewczątek, dotkniętych rumieniem twardym Bazina (Erythème induré de Bazin) powstawanie po 10 do 12 dniach w miejscu ukłucia niebolesnego, guzowatego, twardego nacieku, bardzo podobnego do tych wykwitów, które były u dziewczęcia na goleniach. Są również opisane przypadki powstawania w miejscu wstrzyknięcia tuberkuliny guzka, bardzo podobnego do guzków liszaja zołzowego (lichen scrophulosorum) w przypadkach, kiedy próbę Pirqueta robiono u dziecka, mającego liszaj zołzowy. Na czem polega to zjawisko — dotychczas jeszcze nie wytłumaczono. Sonenberg zaznacza jeszcze jednę okoliczność, spostrzeganą przez dermatologów przy stosowaniu prób tuberkulinowych. Otóż w przypadkach cierpień gruźliczych skóry, odczyn miejscowy, powstały po stosowaniu próby Pirqueta lub Moro, ma podobno pozostawać bardzo długo, znacznie dłużej, niż wówczas, kiedy nie ma cierpienia gruźliczego skóry. Nieraz w ciągu tygodni i miesięcy obserwuje się guzki i nacieki, które zwolna znikają pozostawiając po sobie brunatne zabarwienie.

b) Zdaniem kol. Sterlinga, w przypadkach, w których przy dodatnim wyniku próby Pirqueta — autopsya nie wykazała zmian gruźliczych, należało jeszcze poszukiwać zmian właściwych tej postaci gruźlicy, na którą wskazał Poncet; kol. St. mówiła o gruźlicy zapalnej; ta odmiana gruźlicy, w przebiegu której nie mamy ani gruzełka, ani swoistego wysięku i zwyrodnienia wtórego, gdzie wszystko ogranicza się do objawów zwykłego zapalenia, którego swoistość polega na wzmożeniu etyologicznem — w postaci lasecznika Kocha, ta odmiana przejawia się w różnych narządach i może dawać odczyn swoisty; badanie sekcyjne nie uwzględniające zmian gruźliczych typu wyłącznie zapalnego, nie może być dowodem przeciw swoistości odczynu Pirqueta. Nie przemawia też przeciw wartości odczynu Pirqueta, że otrzymywano wynik dodatni w przypadkach kończących się wyzdrowieniem u dzieci najmłodszych ($^1/_2$ — 1 roku życia). Błędnem jest bowiem mniemanie, jakoby u osesków chorych na gruźlicę rokowanie było bezwzględnie złe. — Odczyn ujemny w przypadku gruźlicy chirurgicznej u dzieci należałoby sprawdzić przez stworzenie tuberkuliny otrzymanej z laseczników typu bydlęcego. Odczyn ilościowy nie daje żadnych stałych wyników. Mówca jest zdania, że charakter odczynu Pirqueta daje prawo do pewnych wniosków prognostycznych, jeśli uwzględnić i chwilę jego wystąpienia i natężenia; mianowicie odczyn silny i występujący późno przemawia za łagodnym charakterem przebiegu sprawy gruźliczej (nie tyczy się to dzieci młodych, do lat 3). Co do sprawy podniesionej przez kol. Sonenberga, to tak by ją może rozumieć należało: Tuberkulidy skórne pewnej postaci klinicznej występują u danego osobnika pod wpływem tuberkuliny pochodzącej z ogniska chorobowego; i tuberkulina zzewnątrz (Pirquet) wprowadzona wywołuje na skórze taką właśnie postać gruźlicy skórnej, do jakiej dany osobnik jest skłonny. — Podobieństwo w odczynie skórnym, wywołanym przez tuberkulinę i przez pepton znajdzie może swe wyjaśnienie w tem, że (jak wykazał Abderhalden) obok odczynów grupowych biologicznych (anafilaktycznych) istnieją odczyny grupowe chemiczne (właściwe grupom białkanów, węglowodanów, tłuszczów); pepton i tuberkulina dają może odczyn, właściwy grupie białkanów; należałoby równolegle z tuberkuliną próbować szczepień zapomocą substancyi innych grup chemicznych.

c) W odpowiedzi Sonenbergowi prelegentka zaznacza, że istnieje cały szereg odczynów miejscowych, występujących po wykonaniu jednej z prób tuberkulinowych, analogicznych z opisywanemi przez kol. Sonenberga zjawiskami; np. występowanie pryszczyków spojówkowych jednocześnie z dodatnim odczynem tuberkulinowym, wzmaganie się nieżytów nosa i oczu u dzieci zołzowych i t. p. Przyczyna tych zjawisk jest tak samo niewyjaśniona, jak i istota odczynu tuberkulinowego. Kol. Sterlingowi odpowiada prelegentka, że nie uważa większego nasilenia skórnych odczynów za objaw miarodajny dla spraw nieczynnych, gdyż przeciwnie, bardzo często odczyny u osobników klinicznie zdrowych są zupełnie nikłe. Prelegentka zgadza się ze zdaniem kol. St., iż należałoby brać w rachubę uczulanie się ustroju danego osobnika względem odczynów skórnych przy stosowaniu tuberkuliny w celach leczniczych; na okoliczność tę zwrócił już dawniej uwagę Escherich. Przypadki dodatniego odczynu Pirqueta, w których nie znajdowano zmian gruźliczych, są podług prelegentki również niemiarodajne; o tem, czy brano w rachubę

możliwość gruźlicy zapalnej opisanej przez Ponceta, prelegentka nie wie. Co do odczynów skórnych na węglowodany, to preleg. wstrzykiwała kilkakrotnie rozczyn cukru gronowego z wynikiem zupełnie ujemnym. Kol. Kolińskiemu odpowiada prelegentka, że uważa odczyn Calmetta za nieobojętny dla oczu dziecka, i, o ile wie, odczynu tego u dzieci w żadnej klinice pedyatrycznej, nie stosują. Kol. Mogilnickiemu, że spostrzegane przez niego długotrwałe odczyny nie mają specyalnego znaczenia.

5) Kol. Skalski, jako przyczynek do partactwa lekarskiego, pokazał leki i obszerną korespondencyę niejakiego Wiliama S. Ricea, umieszczającego swe reklamy w łódzkich pismach. Oszust ów leczy przepukliny wszelkiego rodzaju zapomocą smarowania płynami swego pomysłu. Pierwszy płyn, noszący miano »reduzirbare Lotion«, barwy rozczynu nadmanganianu potasowego w ilości 100 gramów, kosztuje rubli 18 w Łodzi. Płynem tym zaleca Rice smarować przepuklinę i bandaż przez firmę W. S. Rice w cenie od 25 do 50 rubli dostarczany, a wyleczenie pewne. Gdyby jednak wyleczenie nie nastąpiło, firma »posiadająca własną pracownię środków lekarskich« wysyła inną flaszeczkę, objętości 5 gramów, której płyn leczy przepukliny »doszczętnie«. Leki powyższe, bandaż i liczne broszury kol. S. znalazł u chorej, do której był wezwany z przyczyny uwięźniętej przepukliny, która owe leki stosowała.

6) Kol. Goldman pokazał preparat **mięśniaka macicy,** usunięty u 26-letniej kobiety. Sonenberg.

Wiadomości bieżące.

Wiekopomne dzieło Śniadeckiego »Teorya jestestw organicznych« jest do nabycia po nader zniżonej cenie 2 kor. 50 h. za egzemplarz w Administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Cały dochód z rozprzedaży przeznaczony został na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Z miejskiego Urzędu Zdrowia otrzymaliśmy następujące pismo:

»W pierwszych dniach października b. r. ukaże się w druku urzędowy spis wszystkich lekarzy zamieszkałych w Krakowie. Spis ten zostanie rozesłany aptekom, drogueryom, szpitalom, urzędom, wydawnictwom kalendarzy itd. itd. Posłuży on również za podstawę przy układaniu wydawnictw »Aerztliches Jahrbuch« i »Medizinal-Schematismus« we Wiedniu.

Leży przeto we własnym, dobrze zrozumianym interesie PP. Lekarzy, ażeby spis ten z jednej strony obejmował wszystkich PP. Lekarzy, z drugiej strony, ażeby adresy były jaknajdokładniejsze.

Zgłoszenia i zmiany adresów uskuteczniać można w jakiejkolwiek formie, a nadsyłać takowe pod adresem: »Miejski Urząd Zdrowia ul. Poselska l. 10«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. IX. do 13. IX. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 1 † —), krztuśca 2 † 1 (— † —), ospy wietrznej —, płonicy 8 † 3 (1 † —), odry 7 † — (— † —), duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), czerwonki — † 1, gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 2 † 1 (1 † —), jaglicy 4. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 1. IX. do 8. IX. 1913 przypadków: ospy 2 † —, płonicy 8 † 1, duru brzusznego 2 † —, róży —, czerwonki 7 † 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Collège de France otrzymało dar 600.000 franków na urządzenie katedry chorób zwrotnikowych.

— Instytut Pasteura otrzymał legat od właściciela składu papieru Durandeau w kwocie 50.000 fr. na nagrody za najlepsze prace poświęcone leczeniu zapalenia opon mózgowych.

Mianowani: Doc. K. Wegelin zwycz. profesorem patologii ogólnej i anatomii patologicznej w Bernie szwajc. w miejsce ustępującego prof. Langhansa; J. Van der Erve profesorem fizyologii w Milwaukee.

Zmarli: Dr Erwin Baelz, b. prof. med. wewn. w Tokio i lekarz przyboczny Mikada, zmarł w Stuttgarcie w 64 r. ż.

Redakcya otrzymała: Dr St. Gębarski: Przypadek wrodzonego niedorozwoju lewego płuca (hypoplasia) z niezwykle dużym przerostem prawego płuca. Odb. z »Gazety lek.« 1913, Nr 27. — Dr T. Jaroszyński: Rola wzruszeń w patologii. Odb. z »Gaz. lek.« 1913. Nr 32—34. — Dr W. Falgowski: Le traitement opératoire des anciennes infiltrations du petit bassin. Odb. z »Semaine médicale« 1913, juillet. — Prof. K. W. Majewski: Nystagmus intermittens celerrimus. Odb. z »Postępu okulistycznego« 1913, Nr 5. i 6. — Tenże: Un cas exceptionnel de nystagmus. Société française d'ophtalmologie. 1913. — Doc. Dr W. Radecki: Przyczynek do analizy zastosowania w medycynie doświadczeń skojarzeniowych. Odb. z »Neurologii polskiej. — Sprawozdanie kraj. szkoły przemysłu drzewnego w Stanisławowie za rok 1912/13. — Dr Leopold Brenneisen: Dmuchadło automatyczne własnego pomysłu i jego zastosowanie w dentystyce (demonstracya na Zjeździe przyr. i lek. w Krakowie 1911). — Dr Jäger: Ein neuer, für die Praxis brauchbarer Sekaleersatz (Tenosin). Odb. z »Münch. med. Woch.« 1913, Nr 31. — Dr H. Higier: Z farmakodynamiki i patologii ogólnej układu wegetacyjnego. Odb. z »Med. i Kron. lek.« 1913. — Dr St. Zaleski: Ruch ukraiński (Mazepiński) w piśmiennictwie rosyjskiem. Odb. z »Echa literacko-artystycznego«. — Dr St. Zaleski: W sprawie sposobu odżywiania robotników górniczych (po rosyjsku) 1913.— Dr H. Nusbaum: Pisma z dziedziny nauk lekarskich. Wydawnictwo »Gazety lek.« 1913. — Sprawozdanie z czynności szpitala starozakonnych Im. Poznańskich w Łodzi za r. 1912.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LII. Kraków, dnia 27. września 1913. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewn. szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Odma piersiowa, powikłana odmą podskórną, jako następstwo urazu wewnętrznego.

Opisali

Prof. Dr L. Korczyński i **Dr J. Stupnicki,** sekund. szpit.

Urazowe przypadki odmy piersiowej, o ile powstają jako następstwo urazów zewnętrznych, należą bezsprzecznie do zakresu chirurgii. Objaśnienie ich nie przedstawia zazwyczaj żadnych trudności. Mechanizm jest tu prawie zawsze prosty i jasny. Nieco trudniej przychodzi pojąć należycie te spostrzeżenia, w których uraz nie uszkodził zupełnie ścian klatki piersiowej, a gdzie mimo to powstało pęknięcie płuca i jego opłucnej, a w dalszem naturalnem następstwie odma piersiowa.

Przypadki takie są wogóle nieliczne. W roku zeszłym ogłosiła panna E. Fischerówna obszerniejszą pracę z kliniki Sauerbrucha w Zurychu, jako rozprawę doktorską pod tytułem »Pęknięcie płuca bez naruszenia klatki piersiowej«, w której znajdujemy wzmianki zaledwo o 70 przypadkach tego rodzaju odmy, zebranych skrzętnie z piśmiennictwa lekarskiego, począwszy od przypadku, opisanego przez Morganiego 1761. Zastęp zaiste nie wielki.

W piśmiennictwie polskiem znajdujemy bardzo niewiele tylko opisów spostrzeżeń, w których uraz działający na klatkę piersiową wywołał pęknięcie płuca bez równoczesnego uszkodzenia ścian samej klatki. Należą do nich między innemi spostrzeżenia Chełmońskiego i Sokołowskiego.

Dla samej patogenezy odmy w tego rodzaju spostrzeżeniach jest rzeczą bardzo ważną stan samego płuca, względnie opłucnej, ściśle biorąc oporność i sprężystość tych tkanek. Jeśli po myśli zapatrywań wybitnych pneumologów, wśród nich w pierwszym rzędzie Sokołowskiego, mechanizm powstawania tego rodzaju odmy pojmiemy w ten sposób, że powietrze, nagromadzone w pęcherzykach płucnych, przez zgniecenie klatki piersiowej zagęszcza się i wywiera na ścianę pęcherzyków niezwykle wielkie parcie, pod którego działaniem ściany pęcherzyków pękają, to pojąć nie trudno, że pęknięcie powstanie tem łatwiej, im »caeteris paribus«, mniej sprężysta jest tkanka, tworząca ściany pęcherzyków. Przez pewien czas spierano się nawet o to, czy zdrowe płuco wogóle pęknąć może. Na pozór słusznie wskazywano na to, że powietrze ze zgniecionego obszaru ujść może swobodnie do oskrzeli. Nie liczono się tu jednak z tą okolicznością, że uraz działać musi równocześnie także i na układ nerwowy. Pod wpływem tej podniety podrażnia się cały system wegetatywny, a zwłaszcza, o ile chodzi o unerwienie mięśni gładkich oskrzelków, zwanych mięśniami Reifeisena, układ autonomiczny. Skutkiem takiego podrażnienia powstaje skurcz mięśni, a wraz z tem zamknięta przestrzeń powietrzna. W tych warunkach parcie powietrza może wzróść istotnie tak bardzo, że ścianka przybrzeżnych pęcherzyków płucnych i przyległa opłucna pod naporem pękają. Tego rodzaju mechanizm przyjąć w każdym razie trzeba dla tych przypadków odmy piersiowej, w których stwierdzić się dają wogóle znamiona zwiększonego napięcia autonomicznego układu nerwowego, a już bezwarunkowo tam, gdzie odma powstaje skutkiem urazu biologicznego. Takie przypadki należą niewątpliwie do rzędu bardzo rzadkich. Sądzimy wobec tego, że opis spostrzeżenia, należącego do tego działu, jest zupełnie usprawiedliwiony, a to tem bardziej, skoro w polskiem piśmiennictwie nie spotkaliśmy się nigdzie z podobnym przypadkiem.

Henryk H., lat 22, stolarz, zamieszkały w Sarajewie, przyjęty został na oddział chirurgiczny dnia 17 kwietnia b. r. z objawami, które wzniecać mogły przypuszczenie niedrożności jelit. Przypuszczenie to okazało się niesłusznem, wobec czego przeniesiono chorego na oddział chorób wewnętrznych. Z opowiadania chorego wynika, że bez żadnego widocznego powodu pojawiły się bardzo gwałtowne wymioty, którym towarzyszyły kurcze w okolicy żołądka. W czasie jednego z takich napadów zwymiotował chory kilka dżdżownic. Z tą chwilą zmniejszyło się podrażnienie do wymiotów. Najwidoczniej wędrówka pasorzytów do żołądka była przyczyną podrażnienia tegoż i wzniecił a gwałtowne ruchy wymiotne. W chwili, kiedy chorego mieliśmy sposobność badać po raz pierwszy, stały objawy ze strony narządu pokarmowego już raczej na drugim planie. Na plan pierwszy wysuwały się zgoła inne objawy. Badanie wykazywało: Mężczyzna dobrze zbudowany i odżywiony. Twarz nieco obrzękła, skóra twarzy, szyi i górnej części klatki piersiowej blada z lekkim sinawym odcieniem. Żrenice szerokie, oddziałują dobrze. Język niejednostajnie obłożony, drży: Błona śluzowa gardła miernie zaczerwieniona, cały

łuk podniebienny soczystszy. Szyja miernie długa, wygląda jakby rozdęta. Przez obmacywanie wykazać można bardzo wyraźne trzeszczenie w tkance podskórnej. Klatka piersiowa dobrze zbudowana, zupełnie umiarowa, zwraca już na pierwszy rzut oka uwagę przez to, że wszystkie fizyologiczne zagłębienia są nietylko zupełnie wygładzone, ale nawet jakby poduszkowato wysklepione. Obmacując górną część klatki piersiowej, stwierdziliśmy takie same trzeszczenia jak na szyi. Wykazać je można było jeszcze na wysokości brodawek sutkowych. Ruchomość klatki piersiowej po stronie lewej znacznie mniejsza. Drżenie i przewodnictwo głosu po tejże stronie słabsze. Odgłos opukowy po stronie prawej jawny. Po stronie lewej w górnych częściach aż do czwartego kręgu piersiowego z tyłu, a do trzeciego żebra z przodu odgłos bębenkowy, niezbyt wysoki, dźwięczny, prawie metaliczny; w samym dole na wysokości dziesiątego do jedenastego kręgu pas odgłosu bębenkowo przytłumionego. Szmery oddechowe po stronie prawej nieco ostrzejsze od prawidłowych; po stronie lewej w górze prawie niesłyszalne. Nad pasem przytłumionego odgłosu w dole drobne, trzeszczące rzężenia, o charakterze rzężeń, spotykanych przy nieznacznych wysiękach opłucnej, na które z pośród polskich lekarzy, zwłaszcza Janowski, w jednej ze swoich prac baczniejszą zwracał uwagę, jako na jeden z rozpoznawczych objawów gromadzącego się wysięku opłucnego. Uderzenie serca słabe; jedynie tylko w dołku sercowym widać dość silne wstrząśnienie. Ze stłumienia sercowego wykazać można tylko nieznaczną część, przyczem prawa granica stłumienia sięga poza linię środkową ciała. Tony serca tak słabe, że się ich właściwie nie słyszy; natomiast słyszeć można rytmiczne brzmienie, przypominające brzęczenie pszczoły z oddali. Tętno stosunkowo bardzo dobrze napięte, miarowe, równe, liczba tętna 80. Przez nakłucie klatki piersiowej w dole po stronie lewej wydobyto około jednego cm^3 płynnej krwi, nie zawierającej baniek powietrza.

Badanie narządów jamy brzusznej nie wykzzało niczego nieprawidłowego. To samo odnosi się do badania moczu. Ciopłota ciała prawidłowa.

W dalszym przebiegu, bardzo zresztą korzystnym, zasługuje na uwagę ten szczegół, że powietrze, nagromadzone w lewej jamie opłucnej, zniknęło z niej daleko prędzej, aniżeli powietrze, zebrane w tkance podskórnej szyi i górnej części klatki piersiowej. Już 26. kwietnia nie można było wykazać objawów odmy piersiowej. Odma podskórna zmniejszyła się znacznie, cechujące ją trzeszczenie stwierdzić można było jeszcze tylko na szyi, w obu dołkach nadobojczykowych i podobojczykowych. Przez cały czas wahała się ciepłota w granicach zupełnie prawidłowych. Po ustąpieniu odmy piersiowej nie można było wykazać, mimo bardzo starannego badania, jakichkolwiek fizycznych zmian w płucach. Stan podmiotowy chorego był tak dobry, że już po kilku dniach pobytu w szpitalu prosił chory o wypuszczenie.

Rozważając krytycznie cały ten przypadek przyjąć trzeba. że przyczyna zasadnicza tak piersiowej, jak i podskórnej odmy była jedna i ta sama. Upatrywać ją trzeba w bardzo gwałtownych wymiotach, powtarzających się przez dłuższy przeciąg czasu. Źródłem ich pierwotnem była obecność dżdżownic w żołądku, a w dalszem następstwie i w przełyku i zależne od niej podrażnienie mechaniczne tych narządów. Za czynnik wtórny, niemniej jednak ważny, poczytać trzeba wpływ nerwowy obrzydzenia na widok zwymiotowanych dżdżownic. Naturalnem następstwem było dalsze jeszcze spotęgowanie ruchów wymiotnych, a więc także skurczów przepony i skurczów przełyku. Wśród takich kurczowych ruchów połyku dojść widocznie musiało do powstania w ścianie jego małej szczeliny, przez którą powietrze dostało się w tkankę okołoprzełykową, a następnie także pod skórę szyi i górnej części klatki piersiowej.

Ta sama zasadnicza przyczyna stała się powodem wzrostu parcia powietrza w płucu i to tak znacznego, że na ograniczonej przestrzeni pękła także ścianka płuca lewego. Nastąpił wtedy mały wylew krwi do jamy opłucnej, a równocześnie powstała odma piersiowa.

Takie pojęcie mechanizmu obydwu spraw, t. j. odmy podskórnej i odmy piersiowej, zdaje nam się być najprostszem. Przemawia za niem nietylko sam rodzaj urazu, który działał zarówno na ścianę przełyku, jak i na ścianę płuca, ale w niemałym stopniu i ten szczegół, że odma piersiowa ustąpiła o wiele prędzej, aniżeli odma podskórna. Nie mamy zaś żadnych podstaw, aby przypuszczać, że zdolność wchłaniania powietrza przez opłucną jest większa, aniżeli przez tkankę podskórną. Raczej więc wypadało przyjąć, że powietrze dostało się inną drogą w tkankę podskórną, a inną do jamy opłucnej. Gdybyśmy zresztą przyjąć chcieli wspólne pochodzenie odmy piersiowej i odmy podskórnej, musielibyśmy mieć jakieś dane, świadczące o tem, że opłucna połączona była nieprawidłową tkanką z przełykiem. Taką tkankę przedstawiaćby mogły zrosty w śródpiersiu, zwyrodniałe gruczoły chłonne, w końcu także nowotwory śródpiersia, wrastające z jednej strony w przełyk, z drugiej w opłucną. Nietylko dla rozpoznawania tego rodzaju spraw, ale nawet dla przypuszczania ich nie było żadnych podstaw ani w wywiadach, ani w wyniku kilkakrotnego bardzo dokładnego badania.

Oświadczając się za pęknięciem szczelinowatem przełyku, podnieść musimy ten szczegół, że powietrze, które się dostało w tkankę okołoprzełykową i tkankę podskórną nie wywołało żadnego odczynu. Najwidoczniej było zupełnie jałowe. Wraz z powietrzem nie przedostały się przez ścianę połyku ani stałe ani płynne części pokarmów. Żołądek nie zawierał w tym czasie, kiedy doszło do wytworzenia się szczeliny, żadnych resztek pokarmowych. Treść żołądkową stanowiła wtedy mieszanina rozcieńczonej żółci i wydzieliny błony śluzowej żołądka, a więc płynów zasadniczo jałowych.

Uwagami temi, o ile się odnoszą do powstania odmy podskórnej, nie wyczerpaliśmy jeszcze całej sprawy mechanizmu szczeliny połykowej. Jak wiadomo mięśnie gładkie przełyku posiadają stale, tak samo zresztą, jak i mięśnie całego ciała, pewne napięcie. Wobec tego przypuścićby należało, że skutkiem napięcia powinno było nastąpić zamknięcie się szczeliny, a przynajmniej takie jej zwężenie zaraz po powstaniu, że powietrze nie mogłoby przez nią przenikać w otoczenie przełyku. Bardzo być może, że takby się było stało, gdyby chory nie był dalej wymiotował. Te ruchy wymiotne, skurcze okrężnych i podłużnych warstw mięśni przełyku działały w ten sposób, że szczelina nie mogła się odrazu na stałe zamknąć. Brzegi jej skleiły się dopiero wtedy, gdy wymioty ustały zupełnie.

Korzystniej składały się stosunki dla zamknięcia szczeliny w ścianie płuca. Tutaj zapewne już bardzo rychło po pęknięciu nastąpiło zapadnięcie się częściowe płuca, a nadto i zaklejenie szczeliny przez wynaczynioną i skrzepłą krew. Dlatego to odma piersiowa ustąpiła o wiele prędzej, aniżeli odma podskórna.

Połączenie dwóch tych spraw, już samo przez się zaj-

mujące, posiada także ogólniejsze znaczenie. Licząc się z niem, oświadczyć się możemy bardzo stanowczo za możliwością pęknięcia zdrowego płuca skutkiem urazu. Jeśli gwałtowne napięcie o wiele silniejszej ściany, jaką niewątpliwie jest ściana przełyku, sprowadza rozdarcie, to tem bardziej pęknąć może wątlejsza tkanka, z której zbudowana jest ściana płuca.

Z ambulatoryum dla chorób ucha i nosa w szpitalu izraelickim w Krakowie.

Kazuistyka z dziedziny chorób ucha i górnych dróg oddechowych

podał

Dr R. Spira,

kierownik ambulatoryum.

(Ciąg dalszy).

Leczenie ostrego i przewlekłego mieszkowego zapalenia migdałków podniebiennych (Angina lacunaris s. follicularis).

Ostre zapalenie mieszkowe migdałków cechuje się silnem obrzmieniem i zaczerwienieniem migdałka z biało-żółtawymi większymi lub mniejszymi punktami lub plamkami, ściśle ograniczonemi, w miejscach odpowiadających ujściom krypt migdałkowych. Czasem punkty te zlewają się ze sobą, dając obraz większych nalotów. Po największej części oba migdałki podniebienne równocześnie w stopniu nierównym są zajęte. Gruczoły szyjne bywają powiększone i bolesne. Naloty dają się zwykle łatwo zetrzeć pozostawiając tkankę nieuszkodzoną. Sprawie tej zwykle towarzyszą silne objawy ogólne, jak osłabienie, łamanie w członkach, wysoka gorączka i podmiotowe, jak silne bóle gardła, utrudniona mowa, połykanie nadzwyczaj bolesne.

Choroba trwa zwykle krótki czas i przebiega pomyślnie. Po kilku dniach objawy zapalne cofają się, obrzmienie znika, czopy ropne wyłuszczają się, dolegliwości podmiotowe ustępują. Często pozostają w miejscu ognisk ropnych blizny, a i po często powtarzającem się zapaleniu migdałki miewają powierzchnię bardzo nierówną, co ułatwia powtórne osadzanie się bakteryi.

Leczenie tej choroby polega zwykle na płukaniach, wstrzykiwaniach i pędzlowaniach różnymi środkami. Hahn poleca wystrzykiwania krypt 3% rozczynem kwasu borowego i 20% wodą utlenioną. Do pędzlowania używa się płynu Lugola, pyocyonazy, 5% rozczynu kollargolu, soku cytrynowego, do płukania rozczynów pergenolu, hyperolu i t. p., Hasslauer poleca zwilżanie migdałków 1‰ rozczynem sublimatu lub nalewką jodu. Polecają dalej trzymanie w ustach tabelek formamintowych lub kołaczyków Bengué jako środków przeciwgnilnych i kojących bóle. Wewnętrznie podają przetwory salicylowe, jak aspiryna i t. p.

Wszystkie te środki działają prawie jednakowo, nie skracają wybitnie choroby i nie wywołują szczególnej ulgi. W ostatnich czasach używam w tych przypadkach aspiracyi za pomocą osobnego przyrządu ssącego Sondermanna. Zapomocą tego sposobu można doprowadzić do opróżnienia znacznej części krypt z treści. Samo założenie przyrządu jest wprawdzie bolesne, ale skutek bywa doraźny. Chory w krótki czas po zdjęciu przyrządu czuje poprawę i doznaje znacznej ulgi. Połykanie jest zaraz mniej bolesne, przebieg choroby znacznie się skraca. Już po jednorazowem założeniu ssawki widać na drugi dzień znacznie większą różnicę w objawach przedmiotowych i podmiotowych, niż to bywa przy innych sposobach leczenia. Działanie tego sposobu polega nie tylko na szybszem usunięciu czopów, zatykających mieszki migdałkowe, lecz także na wywołaniu silnego przekrwienia miejscowego, co nam tłumaczy korzystny jego wpływ na sprawę zapalną.

Przewlekłe mieszkowe zapalenie migdałów może wystąpić w różnej postaci. Migdałki przedstawiają się albo powiększone, przerosłe, albo są zwykłej wielkości lub nawet zmniejszone, okryte prawidłową błoną śluzową. Często przy oglądaniu widać otwory torebek i tkwiące w nich białe czopki, które nieraz dają się łatwo wydobyć przez ucisk łyżeczką na przedni łuk podniebienny lub zgłębnikiem wprowadzonym do otworów. Czasem widać tylko małe niewyraźne, przeźroczyste plamki szarawe na migdałkach, przez które można zgłębnik wsunąć w głąb i wydostać serowate białe czopki w znacznej ilości. Innym znów razem przy powierzchownem badaniu nie widać żadnych zmian na migdałkach, a dopiero spowodowane przez skargi chorego dokładniejsze badanie może doprowadzić na trop choroby.

Przewlekłe zapalenie migdałków może wywołać cały szereg objawów podmiotowych, miejscowych, nerwowych i ogólnych. Zwykle chory taki skarży się, że od czasu do czasu wyrzuca białe grudki z ust, że często ma cuchnienie z ust, albo narzeka na uczucie palenia, suchości w gardle na trudność lub zawadę przy połykaniu, na uporczywy suchy kaszel lub na wrażenie obcego ciała w gardle.

Rozpoznanie może sprawiać niekiedy znaczne trudności. Nieraz chory narzeka na bardzo dokuczliwe dolegliwości w gardle, a przy badaniu znajdujemy migdałki małe, pozornie nie zmienione i jesteśmy skłonni skargi chorego kłaść na karb nerwowości. W tedy powinniśmy w celu dokładniejszego zbadania starać się migdałek lepiej odsłonić, przedni łuk odsunąć haczykiem lub zgłębnikiem, przez ucisk sondą na różne miejsca migdałka odszukać miejsca zaczopowane krypt. W ten sposób można się nieraz przekonać, że pozornie zupełnie zdrowy migdałek zawiera wiele nadzwyczaj rozszerzonych torebek, z których czasem można wydostać zadziwiająco znaczną ilość serowatej treści. Całkiem niewinnie wyglądające czopy migdałkowe zawierają nieraz paciorkowce, gronkowce i inne chorobotwórcze drobnoustroje, których dostanie się w głąb ustroju może być przyczyną poważnych powikłań.

Przebieg tej choroby jest długi i uporczywy. Po usunięciu czopów za pomocą szczypczyków, zgłębników lub łyżeczek można już często na drugi dzień znaleść ten sam stan, migdałek jakby posypany świeżymi czopami. To też leczenie, do ostatnich czasów wyłącznie zachowawcze, okazało się niewystarczającem. Ten niedostatek zaczął tem więcej wchodzić w rachubę w ostatnich kilkunastu latach, gdy choroba ta nabrała większego znaczenia, gdy miano-

wicie przekonano się, że takie zmiany chorobowe migdałka są często punktem wyjścia wielu innych chorób miejscowych i ogólnych.

Już dawno spostrzegano, że przewlekłe zapalenie migdałków daje powód do często powracających ropni około-migdałkowych i ostrych zapaleń migdałków. Później stwierdzono, że zwłaszcza choroby gośćcowe mają często swoje źródło w tej chorobie migdałków. Prócz tego także co do wielu innych chorób spostrzeżono, że ich powstanie regularnie poprzedza na krótszy lub dłuższy czas zapalenie migdałków. Wykazano ścisły związek przyczynowy między przewlekłem zapaleniem migdałków a ostremi i przewlekłemi zapaleniami stawów, zapaleniem osierdzia, mięśnia sercowego, pląsawicą, dalej chorobami trąbki usznej i ucha środkowego. Gruźlica gruczołów chłonnych szyi, nieżyt oskrzeli, choroby nerek, wątroby, żołądka i oczu, przewlekłe zakażenie ogólne, rozstrój nerwowy, bóle głowy, okazały się nieraz zależnemi od przewlekłego zapalenia migdałków. W posocznicy o nieznanych wrotach zakażenia (septicaemia cryptogenetica) odkrywano niekiedy przyczynę w tej chorobie. Zdaniem niektórych lekarzy nie istnieje gościec stawowy bez zapalenia migdałków, migdałki stanowią jedyne wrota dla wnikania zarazków gośćcowych do ustroju. Zapalenie wyrostka robaczkowego bardzo często poprzedza również zapalenie migdałków. Związek między temi chorobami tłomaczą w ten sposób, że zarazki zakaźne dostają się z migdałków prądem krwi lub limfy do obfitującego w grudki chłonne i przez to usposobionego do osadzania się drobnoustrojów chorobotwórczych wyrostka robaczkowego.

Te spostrzeżenia i doświadczenia zwróciły uwagę klinicystów na migdałki. Zaczęto badać pilniej i szczegółowiej ich anatomię patologiczną i czynność fizyologiczną. Powstała stąd ogromna literatura, a w rozległych dyskusyach roztrząsano zagadnienie konieczności, względnie zbyteczności i szkodliwości migdałków. Na razie niema zupełnej zgody pod tym względem. Jedni uważają migdałki podniebienne za ważny narząd ochronny, za wał obronny zatrzymujący i zobojętniający chorobotwórcze drobnoustroje, dostające się do ustroju z powietrzem wdychanem i z pokarmami. Inni uważają migdałki za zbyteczne i szkodliwe, za zbiorniki i wrota dla drobnoustrojów, dla których tworzą podatną glebę, a choroby migdałków za zwiastuny chorób gośćcowych, płonicy, odry i wielu innych chorób zakaźnych. Niektórzy upatrują pewną analogię między migdałkami, a wyrostkiem robaczkowym, nazywając go nawet migdałkiem jelitowym. Niema tu miejsca na roztrząsanie tych zagadnień jeszcze spornych, nie rozstrzygniętych. Dlatego zadowalniając się wzmianką o nich, przejdźmy do sprawy leczenia.

Okoliczność, że przewlekłe zapalenie migdałków jest bardzo uporczywe, często powraca, że jest ono przyczyną wielu innych ważnych chorób i że dotychczasowe zachowawcze sposoby leczenia, jak płukania, pędzlowania, częściowe wycięcia migdałków zazwyczaj nie wystarczają do trwałego usunięcia choroby, skłoniła lekarzy angielskich i amerykańskich a później także europejskich do energiczniejszych zabiegów leczniczych. Zdaniem tych lekarzy migdałki podniebienne wykonują czynność ochronną tylko do 6—8 roku życia. Potem powinny się one zmniejszyć. Jeżeli to nie następuje i jeśli w migdałkach rozwijają się zmiany chorobowe, stanowiące ogniska zakażenia dla całego ustroju, wtedy migdałki powinny być doszczętnie usunięte. Od tego czasu powstała znów żywa dyskusya nad pożytecznością lub szkodliwością zupełnego wyłuszczenia migdałków podniebiennych; podano różne sposoby tego zabiegu, wykonywanego mniej lub więcej doszczętnie, przez jednych częściej, przez innych rzadziej, i to w uśpieniu ogólnem lub w znieczuleniu miejscowem i z różnych wskazań.

Nie chcąc tu zapuszczać się w opis różnych metod tej operacyi i ich wskazań, ograniczę się do podania postępowania, którego my w szpitalu się trzymamy. W przypadkach, gdzie migdałki są przerosłe, tak że wywołują utrudnienia w oddychaniu, w połykaniu i w mówieniu, wykonujemy ich wycięcie zwykłym starym sposobem. Tam zaś, gdzie migdałki nie są powiększone i nie sprawiają dolegliwości przyrody mechanicznej, tam ich chirurgiczne usunięcie mogłoby być wskazane tylko wtedy, jeżeli są dotknięte przewlekłem zapaleniem i jeżeli bywają przyczyną częstych ostrych zapaleń, ropni okołomigdałkowych, lub spraw ogólnych, wyżej wspomnianych. To samo się tyczy przypadków, w których po zwykłem prostem wycięciu przerosłych migdałków resztki ich są powodem dalej trwających dolegliwości miejscowych lub ogólnych.

Przyznając, że dotyczasowe zachowawcze leczenie zbyt często nie dopisuje, nie można nie przyznać podstawy wskazaniom doszczętniejszych zabiegów. Z drugiej strony zaprzeczyć się nie da, że doszczętne wyłuszczenie migdałków nie jest wolnem od niebezpieczeństwa. Przedewszystkiem fizyologiczne znaczenie migdałków, zagadnienie ich konieczności lub zbędności dla ustroju i t. p. dotychczas nie są jeszcze zupełnie wyjaśnione, a zatem zupełne usunięcie tego narządu nie może uchodzić za zabieg bez zarzutu. Oprócz tego trzeba mieć na względzie to, że wyłuszczenie migdałków jest także zabiegiem technicznie dość trudnym, wymagającym pewnej wprawy, dłuższego okresu zdrowienia, a nie zupełnie wolnym od niebezpiecznych i nawet groźnych następstw. Do takich niebezpieczeństw należy w pierwszym rzędzie krwawienie, które po wyłuszczeniu migdałków może niekiedy przybrać groźne rozmiary. Cały szereg wybitnych autorów podaje przypadki groźnych krwotoków po tej operacyi, niektóre nawet z zejściem śmiertelnem. Crockett w Bostonie widział w przeciągu $1^1/_2$ roku 12 przypadków śmierci z krwotoku po tej operacyi i podaje liczne przypadki ciężkich krwotoków, które można było zatamować tylko przez podwiązanie tętnicy szyjnej. Tem też tłumaczy się, że co do wzkazań do tej operacyi niema jeszcze zupełnej zgody między lekarzami i niejeden ostrzega jeszcze przed zbyt pochopnem jej wykonywaniem.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

Czerny A. **Doświadczenia nad przebiegiem gruźlicy w wieku dziecięcym.** (Arch. f. Kinderheilk. T. LX. i LXI. 1913). Przebieg gruźlicy dziecięcej okazuje się niezależnym ani od wzrostu ciężaru ciała, ani od obciążenia dziedzicznego; jedynie daje się zauważyć przebieg łagodniejszy u dzieci z małą pobudliwością nerwową. Zależy to

prawdopodobnie od łatwiejszego odżywiania takich osobników i od krążenia, stąd korzystny wpływ lecznic, który jednak tylko wtedy się ujawnia, o ile dzieci czują się w nich dobrze i przebywają bez towarzystwa rodziców. Sanatorya powinny mieć urządzenia do leczenia wolnem powietrzem i naświetlaniem słonecznem. Wszelkie urządzenia werand nie odpowiadają zasadzie, gdyż utrudniają ruch powietrza. Ważniejszym jest wpływ leczniczy wolnego powietrza, niż naświetlania słonecznego. Powietrze wolne wpływa na zwiększenie oddawania ciepła, stąd zmiany w regulacyi ciepła i rozmieszczeniu krwi, korzystny wpływ na łaknienie i stan podmiotowy. Powietrze w ruchu działa w tym kierunku skuteczniej, więc na lecznice powinno się wybierać miejscowości górskie lub nadmorskie. Przy gruźlicy otwartej płuc leczenie to jest jednak niewystarczającem; wówczas należy uciec się do zastosowania sztucznej odmy piersiowej. Ważną rolę w leczeniu gruźlicy odgrywa dyetetyka. Spostrzeżenia kliniczne pouczają, iż gruźlica rozwija się tem szybciej i łatwiej, im młodsze dzieci. Zależy to widocznie od wyższej zawartości wody w ustroju, odżywianym w tym czasie głównie mlekiem i węglowodanami, a odżywianie takie rzeczywiście usposabia do szybkich postępów gruźlicy, jak to doświadczalnie stwierdził na zwierzętach Weigert; żywienie głównie tłuszczami powstrzymuje gruźlicę w rozwoju. Stąd w leczeniu gruźlicy nie należy dopuszczać do szybkiego wzrostu wagi, gdyż każdy wybitniejszy przybytek ciężaru ciała pochodzi z nagromadzenia wody w ustroju: lepiej niechaj dziecku przez rok cały zupełnie nawet wagi nie przybędzie, lecz niechaj tkanki pozostaną jędrne. W leczeniu gruźlicy okazała się skuteczną dyeta, składająca się z 4 posiłków na dobę: 2 razy nieco mleka w kawie slodowej, 2 razy mięso z jarzynami, prócz tego tłuszcz w postaci tranu. Przy tej dyecie nigdy nie spostrzegał Cz. przypadku rozsiania się gruźlicy (jako gr. rozsianej prosówkowej lub zapalenia opon mózg.-rdzen.). Picie solanek jest przeciwwskazane. Ogniska gruźlicze zewnętrzne rozmiękłe należy wcześnie nakłuć, treść opróżnić i wstrzyknąć jakikolwiek przetwór jodowy; aby uniknąć przetok, należy nakłuwać przez części zdrowe, niezcieńczałe. Bujak.

Hochsinger C. **O szmerach bez znaczenia w okolicy sercowej u dzieci i u młodych osobników.** (Arch. f. Kinderheilk. T. LX. i LXI. 1913). Tylko szmery skurczowe mogą być bez znaczenia. Według miejsca powstania należy je podzielić na: 1) pozasercowe i 2) śródsercowe, czyli czynnościowe. Pierwsze powstają przez uderzanie serca w płuco, rozdęte wdechowo. Stąd nazwa: szmery sercowo-płucne. Szmery te więc powstają tylko przy wdechu i przyspieszonej czynności serca, najwyraźniej słyszalne są po lewej stronie mostka; giną przy krzyku (wydech) i wstrzymaniu oddechu, także przy zmianie ułożenia chorego. Szmery śródsercowe występują najczęściej w chorobach gorączkowych, jako wczesne i późne. Wczesne szmery gorączkowe znajduje się zwykle u dzieci neuropatycznych, a powstanie ich jest niejasne. Późne natomiast zależą od rozszerzenia serca; w płonicy pojawiają się równocześnie z najniższym spadkiem wagi ciała (Lederer, Stolte) i dają się usunąć chwilowo przez podniesienie ciśnienia krwi ogólnego np. przez ucisk aorty brzusznej lub faradyzacyę; w tym okresie chorób gorączkowych tętno rzeczywiście bywa słabo napięte, a granice serca rozszerzone (głównie prawa), Prócz tych znane są szmery czynnościowe u dzieci bladych, nerwowych, występujące przy podniesionem parciu, a więc nie atoniczne. Wreszcie do tego samego rodzaju szmerów śródsercowych należy zaliczyć te, które wywołuje u dzieci krzywiczych ucisk zagiętych żeber na tętnicę płucną. Szmery czynnościowe występują zawsze obok tonu, są krótkie i ciche. Szmery wskutek rozszerzenia serca słyszy się najwyraźniej nad koniuszkiem, przypadkowe nad tętnicą płu-

cną. Szmery neuropatów potęgują się przy zmęczeniu lub wzruszeniu. Do 3. roku życia szmery są pochodzenia pozasercowego. Bujak.

Reyher P. **O zależności (stosunku) białkomoczu ortotycznego do gruźlicy.** (Monatschrift für Kinderheilk. 1913, T. XII, Nr 2). 20 dzieci z białkomoczem ortotycznym badał autor w kierunku gruźlicy i stwierdził u wszystkich zmiany gruczołów śródpiersia. Odczyn Pirqueta był dodatni w 100%, w 50% dało się wykazać obciążenie dziedziczne, w 25% były objawy zołzów. U wszystkich ciepłota okazała się podwyższoną, a obraz rentgenologiczny wskazywał na powiększenie gruczołów śródpiersia, względnie na zrosty opłucne. W obrazie rentgenologicznym wyraźny cień dają tylko gruczoły zwapniałe, lub zwyrodniałe serowato; przytem należy pamiętać, iż cienie naczyń i oskrzeli krzyżujących się, przedstawiają się jako okrągławe t. zw. »Deckschatten«. Jeśli cienie te przy ogniskowej długości 50 cm nie przekraczają w średnicy 3 mm, to niekoniecznie muszą pochodzić od gruczołów. Za obrzękiem gruczołów śródpiersia przemawia też krótszy odgłos opukowy w szczycie odpowiedniej strony. Bujak.

Doc. Panýrek. **O niedokrwistości w szkole.** (Časopis lékařův českých, 1913, Nr 15). Autor, zestawiwszy statystykę tej choroby ze szkół praskich, z której jasno wynika, że każdy lekarz szkolny rozpoznaje niedokrwistość na podstawie innej zasady, ujmuje wyniki swej pracy w następujące wnioski: 1) Niedokrwistość u dzieci szkolnych, a niedokrwistość szkolna nie są pojęciami identycznemi. 2) Niedokrwistemi nazywa się w szkole dzieci, dotknięte najróżniejszemi sprawami chorobowemi (gruźlica, blednica, limfatyzm, krzywica, pasorzyty przewodu pokarmowego, przewlekłe zatrucia, skaza krwotoczna, choroby nerek, wrzody żołądka, nieżyty jelit itd. itd.). 3) U dzieci »niedokrwistych« należy badać krew pod mikroskopem, ponieważ »niedokrwistość szkolna« jest pojęciem niejasnem, nad którego wyjaśnieniem pracować należy, jeśli nie mamy błądzić w niepewności. M.

Feljeton.

Pamiętniki Dr Józefa Franka profesora Uniwersytetu wileńskiego. Z francuzkiego przetłómaczył, wstępem i uwagami opatrzył Dr Władysław Zahorski. T. I—III. Wilno. Nakładem Tow. Udz. »Kuryer Litewski«. 1913.

> Gdyby w Wilnie światło nie zajaśniało, możeby zgasło dla Polaków i ich mowy.
> H. Kołłątaj.

Słowa przytoczone przez Szanownego tłumacza we wstępie do pamiętników, a powtórzone na czele niniejszego sprawozdania, nie są bynajmniej przesadą. Wypowiedziane przez wielkiego reformatora szkół naszych, najdobitniej charakteryzują tę chwilę krótką wprawdzie, ale jaśnjelącą dziwnym blaskiem w naszych dziejach porozbiorowych. Kiedy w obec smutnej rzeczywistości zwracamy się myślą do czasów rozkwitu szkoły litewskiej, wstępuje w nas otucha połączona z podziwem, ile energia i praca niewielu ludzi zdolną jest dokonać. Szkoła wileńska wniosła odrodzenie i wlała nowe siły w duszę narodu, wyszli z niej najbardziej zasłużeni mężowie na różnych polach pracy społecznej i długo jeszcze promienie tego światła przyświecały nam wśród zapadającego zmroku, a rzucone niegdyś nasiona nie zmurszały całkowicie i pomimo tak trudnych warunków, znowu dziś choć słabo, zaczynają w Wilnie kiełkować.

Za zasługę około organizacyi zreformowanego Uniwersytetu Wileńskiego i pracy na różnych polach kulturalnych na Litwie będą obok Czartoryskich, Czapskich, Śniadeckich wieczną czcią otoczone imiona Franków.

W drugiej połowie XVIII w. jezuicka Akademia Batorowska, wyczerpana religijnemi walkami i dysputami, nie dawała żadnych oznak życia, oświata była w upadku, wszystkich ogarnęła apatya, a Litwa i Ruś dzieliła losy całej Rzeczypospolitej. W tych to smutnych czasach porozbiorowych następuje otrzeźwienie i ludzie wybitniejsi zaczynają szukać ratunku, jeżeli nie w politycznem odrodzeniu to przynajmniej w podźwignięciu się kulturalnem. Możność ku temu nadarza się w r. 1803, w którym to roku cesarz Aleksander I. reformuje dawną Szkołę litewską na Uniwersytet w Wilnie, obdarzając go szeroką autonomią, i takimi przywilejami, jakichby mu pozazdrościło wiele uniwersytetów współczesnych. Swoboda ta przyczyniła się do nagłego rozkwitu nauk i życia społecznego, powstania wielu towarzystw, związków naukowych, społecznych, lub filantropijnych i bibliotek. Sprowadzeni z zagranicy liczni profesorowie kształcą młodzież. Dla słuchania ich lekcyi zjeżdżają słuchacze nietylko z sąsiednich dzielnic Polski, lecz i z zagranicy i Wilno staje się głośnem ogniskiem nauki, podtrzymującem stosunki z pierwszorzędnymi uczonymi Europy, z którymi się liczy rząd rosyjski. Wychodzą wkrótce ze szkoły wileńskiej nie tylko najwięksi geniusze narodu, lecz cały szereg wybitnych uczonych na różnych polach pracy społecznej, prawnicy, pedagodzy, wreszcie zastępy lekarzy, praktykujących w najdalszych zakątkach kraju, a których pamięć żyje dotąd w społeczeństwie.

Pierwszym rektorem po zorganizowaniu Uniwersytetu został ks. biskup Strojnowski, gorąco oddany sprawom nowej uczelni. Szkoła wileńska wydała wkrótce cały szereg miejscowych profesorów, którzy później zajęli chlubne stanowisko nie tylko w dziejach Wilna, lecz i narodu, jak Bielkiewicz, Niszkowski, Poliński, Mianowski, Homolicki, Adamowicz i inni. Z piewszych profesorów najwybitniejszymi byli: Poczobut-Odlanicki, Jundziłł, Borowski Leon, Grodek, bracia Śniadeccy, Chodani, Gucewicz i wielu innych. Do najprzedniejszych należeli też dwaj lekarze wezwani do Wilna z Wiednia, Jan Piotr Frank i syn jego Józef.

Jan Piotr Frank cieszył się sławą europejską, jako uczony i klinicysta. Ur. w r. 1745 w Ratysbonie, ukończył medycynę w Hejdelbergu, w r. 1784 zajmuje katedrę medycyny praktycznej w Getyndze, następnie w Pawii, skąd wezwany do Wiednia zyskuje olbrzymią praktykę i stosunki w najwyższych sferach stolicy. W skutek intryg zniechęcony do Wiednia w r. 1804 przyjął proponowaną mu katedrę medycyny praktycznej w Wilnie i tu założył pierwszą klinikę. Po roku opuszcza Wilno na żądanie cesarza Aleksandra i przenosi się do Petersburga, gdzie został lejb-medykiem, członkiem Rady medycznej i profesorem Akademii medyko-chirurgicznej. Po latach z powodu niezdrowia opuszcza Petersburg i zamieszkuje najprzód w rodzinnych swych okolicach we Fryburgu, a następnie przenosi się do Wiednia i pozostaje tam do końca życia, ciesząc się ogromną popularnością jako wyborny klinicysta i uczony. Szczególny rozgłos zyskało jego dzieło »policya lekarska«. Umarł mając lat 76. w r. 1821.

Syn Jana, Józef Frank, autor pamiętników, razem z ojcem przyjechał do Wilna, jako profesor patologii. Urodzony w Rastadzie w r. 1771, należał na owe czasy do rzędu ludzi, bardzo wszechstronnie wykształconych. Oprócz znajomości języków, kształcił się w muzyce i malarstwie i odznaczał się zaletami towarzyskiemi. Medycynę studyował w Getyndze, a następnie w Pawii, gdzie otrzymał stopień doktora medycyny. Następnie kształcił się w Anglii, Francyi i Niemczech i zawiązał stosunki z pierwszymi ówczesnymi koryfeuszami wiedzy lekarskiej, Jennerem, Corvisarem i innymi. W r. 1796 ofiarowanej sobie w Pawii katedry terapeutycznej nie przyjmuje, natomiast zamieszkuje w Wiedniu jako lekarz szpitala miejskiego. Tu zwrócił na siebie uwagę jako wybitny lekarz i administrator i wówczas to napisał cały szereg prac, przetłumaczonych później na włoskie i angielskie. W r. 1798 żeni się z panną Krystyną Gerhardy, osobą bardzo inteligentną, a przytem słynną śpiewaczką, której najznakomitsi muzycy przepowiadali świetną artystyczną karyerę. W r. 1904 przybywa do Wilna, a po wyjeździe ojca do Petersburga obejmuje po nim katedrę medycyny praktycznej, którą zajmuje aż do swego wyjazdu, do r. 1823. Przyczyną opuszczenia Wilna miały być przykre stosunki, jakie nastały dla Uniwersytetu za czasów rektorstwa Pelikana. Frank zamieszkuje we Włoszech północnych nad jeziorem Como; tęskniąc za Wilnem i Litwą, umarł w r. 1842. Testamentem jakoby przekazał medal, wybity na cześć ojca i syna Franków Towarzystwu lekarskiemu Wileńskiemu, który odtąd przechowuje się jako godło wręczane prezesowi tego Towarzystwa.

Józef Frank od początku reformy Uniwersytetu przebył w Wilnie czas jego największego rozkwitu, oddawał się z zapałem pracy i położył główną zasługę, kształcąc pierwszych lekarzy wileńskich, których wielki brak dawał się uczuwać na Litwie, a ci co byli, małe posiadali wykształcenie. Działalność Franka przypadła na czas rektoratu Strojnowskiego i Jana Śnia-

deckiego, z którymi staczał walkę, zarzucał też nieuctwo i lenistwo wielu profesorom, a w sprawach uniwersytetu często się zwracał do kuratora. Stosunki jego z Jędrzejem Śniadeckim były bardziej chłodne. Frank był srogim względem innych, co prawda, nie lubił również kuratora ks. Czartoryskiego, o bardzo nie wielu miał sąd przychylny; szczególnie wyróżniał Ludwika hr. Platera, wizytatora szkół, a uwielbiał Tadeusza Czackiego. Frank napisał cały szereg prac naukowych i pod jego kierunkiem wyszły liczne prace jego uczniów. Wydał »Acta Instituti clinici cesareae Universitatis Vilnensis« i w r. 1812 napisał podręcznik »Praecepta praxeos medicae universae«. Szczegółowiej omówię działalność Franka, streszczając jego pamiętniki, tu wyliczam donioślejsze tylko fakty, jak założenie Towarzystwa lekarskiego wileńskiego, przyczynienie się do powstania Konwiktu studentów-medyków, instytutu dla wakcynacyi, Towarzystwa dobroczynności, które istnieje dotąd, Towarzystwa macierzyństwa. Nosił się z myślą założenia pierwszego pisma lekarskiego w Rosyi, mającego wychodzić po łacinie, co nie doszło do skutku. Oprócz tego Frank dał początek pierwszym badaniom zdrowotności mieszkańców, chorób zakaźnych, wprowadził statystykę chorób itd. Był więc on inicyatorem prac na różnorodnych polach, których ogrom zadziwia, tembardziej, jako dzieło cudzoziemca, który musiał poznać społeczeństwo, jego braki i wcielić się w jego potrzeby. Dla tego słusznie Dr Zahorski nazywa tego niezwykłej energii człowieka największym filantropem na Litwie. Środki na te wszystkie filantropijne dzieła zdobywał Frank dzięki swej zręczności i umiejętności wciągania do swych przedsięwzięć ludzi zamożnych czy to drogą składek, lub urządzaniem koncertów i przedstawień operowych, organizatorem i duszą których był sam profesor, będąc wielkim znawcą muzyki i estetą. Dopomagała mu we wszystkiem żona, ulubienica Wilna, pani Krystyna, porywając swym cudownym głosem, jak i wyjątkową ofiarnością w pracy na rzecz ubogich. Wszystkie warstwy ludności Wilna, dzięki wrodzonej dobroci i ujmującemu obejściu Franka ubóstwiały go, co dało mu nadzwyczajną popularność. Pamięć o nim dotąd żyje w Wilnie i dom uniwersytecki, w którym zamieszkiwał przez lat wiele, po dziś dzień nosi nazwę domu Franka.

Przemieszkawszy w Wilnie lat 20 zżył się Frank z niem, dobrze mówił po polsku i przywiązał się do swej drugiej ojczyzny, jak Wilno nazywał. Pomimo tylu zalet podlegał Frank pewnym słabostkom ludzkim, miewał dużo przelotnych miłostek, lubiał honory i tytuły, miał wysoko rozwiniętą miłość własną i starał się wszędzie grać przodującą rolę, lekceważąc innych i wydając o nich nieraz sąd lekkomyślny, co dawało powód do wielu zajść. W sądach swych w sprawach narodowych jako cudzoziemiec nie rozumiał naszych aspiracyi, a zapatrując się na wszystko z punktu kosmopolitycznego stawiał na pierwszem miejscu interes realny. Takie przynajmniej wynosi czytelnik wrażenie z pamiętników jego. Nie można jednak nie zgodzić się z szanownym tłumaczem, że Frank był człowiekiem prawym i szlachetnym, a zasługi jego dla nauki polskiej i Wilna, są wielkie.

(C. d. n.). Talko-Hryncewicz.

Dr Ada z Zieleniewskich Trenknerowa.

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 16 b. m. zmarła w Łodzi na gruźlicę płuc Dr Ada z Zieleniewskich Trenknerowa.

Urodzona w Mohylowie w r. 1880 tamże z medalem ukończyła gimnazyum w r. 1897. Na uniwersytet Zurychski wstąpiła w r. 1898 i studyując medycynę częściowo w Zurychu a częściowo w Krakowie, uzyskała stopień doktora medycyny na uniwersytecie zurychskim w r. 1904 po przedstawieniu rozprawy »Beiträge zur pathologischen Anatomie den Poliomyelitis anterior acuta infantum«. Dyplom państwowy rosyjski c. eximio laude otrzymała w r. 1907. W r. 1905 pracowała w Warszawie na oddziale Dra Jakowskiego, w latach 1906, 1907 i 1908 w szpitalu dziecięcym Anny Maryi w Łodzi.

Pomimo tak bardzo krótkiego życia i paroletniej zaledwie pracy fachowej Zmarła zyskała nieograniczony szacunek kolegów i serdeczną miłość otoczenia jako wybitny talent lekarski i niepospolicie piękna dusza. Jej pracę lekarską cechowała jasność, ścisłość i objektywność sądu opartego na subtelnej i spokojnej obserwacyi. Z doskonałym słuchem i dotykiem lekarskim łączyła pewną siebie logikę, która nie dała się zamącić, ani z góry przyjętą teoryą naukową, ani względem ambicyi osobistej. Przy potężnym młodzieńczym impecie życiowym posiadała niezwykłą harmonię duchową. Wrażliwa na piękno w sztuce, naturze i życiu, wszystko co robiła, robiła z zamiłowaniem, to też nie znosiła żadnej lichoty zarówno w swej pracy fachowej jak i w życiu prywatnem, dążąc nawet w szczegółach do doskonałości. Subtelna a silna dusza, wrodzona inteligencya i nabyte poważne wykształcenie łączyły się w niej w jedną całość, tworząc czysty i harmonijny obraz. Tego obrazu nie zdołała zamącić nawet ciężka choroba, której nieuleczalność uświadomiła także z całą trzeźwością sądu w 29. roku życia i którą znosiła z cichem bohaterstwem i zawsze jasną twarzą. Dr S. Sterling.

Wiadomości bieżące.

Sprostowanie. Prof. Dr Witold Orłowski z Kazania prosi nas o sprostowanie wiadomości, — powtórzonej za »Gazetą lekarską« —, w Nrze 36. »Przeglądu« na str. 496 w tym kierunku, że katedrę kliniczną w Kazaniu objął już w kwietniu 1912 i od tego czasu prowadzi klinikę.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. IX. do 20. IX. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 1 † —), krztuśca 7 † — (1 † —), ospy wietrznej —, płonicy 3 † — (1 † —), odry 18 † 1 (— † —), duru brzusznego 1 † — (2 † —), czerwonki 6 † 1 (2 † 1), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 1 † — zap. opon mózg.-rdzen. 1 † 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 8. IX. do 15. IX. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 10 † 3, duru brzusznego 1 † —, róży —, czerwonki 3 † —. Dr Trenkner.

Zmarli: Dr Alfred Kalisz z Tarnowa 18. b. m. w Nicei. Zmarły zapisał 10.000 K na rzecz funduszu dla wdów i sierot po lekarzach.

Ant. Poncet, profesor chirurgii na uniw. lugduńskim, w 67 r. życia.

Redakcya otrzymała: Prof. Dr Rosenbach: »Klinische, morphologische und experimentelle Untersuchungen über örtliche, durch örtliche Injektion bewirkte Tuberkulinreaction bei Hauttuberkulose«. (Odbitka z »Zeitschr. f. Hygiene- und Infectionskrankheiten«. 1913, tom 74). — Dr Karol Lesser i Dr Hans Kögel: »Ueber Tuberkulin Rosenbach. Experimentelle u. klinische Erfahrungen«. (Odbitka z »Beiträge z. Klinik der Tuberkulose«. 1913. Würzburg). — Belkowski: »L'hématurie au cours de la fièvre typhoide traitée par l'urotropine. (Odbitka z »Revue de Médecine«. 1913, Nr 8—10). Dr Wacław Jasiński: Szpital dla dzieci w Lublinie. (Pierwsze sprawozdanie z r. 1911). — Tenże: Drugie sprawozdanie roczne z działalności szpitala dla dzieci w Lublinie za rok 1912. — Dr Kazimierz Dłuski: IX. Sprawozdanie z działalności sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem 1913.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich we wrześniu 1913.

Gazeta lek. Nr 35—38.: Urstein: O znaczeniu odczynu Abderhaldena dla psychiatryi i o stosunku korelacyjnym narządów płciowych do innych gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. (35—37). — Nowicki: Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby, wywołanych przez glistę ludzką. (35). — Jaworski: Z kazuistyki uszkodzeń jednocześnie pochwy i odbytnicy. (36). — Żółtowski: Epidemia włośnicy (trichinosis) w Kutnowskiem (37—38). — Saski: Wyniki badania bakteryologicznego w 50 przypadkach duru brzusznego. (38).

Medycyna i Kronika lek. Nr 35—38.: Neugebauer: Z kazuistyki niezwykłej płodności kobiety. (35). — Zamenhof: Z kliniki chorób błędnika. (35. dok.). — Falgowski: Przyczynek do leczenia operacyjnego zastarzałych nacieków miednicy małej oraz zapalenia tylnej tkanki przymacicznej. (36—37. dok.). — Giedgowd: O wągrze mózgu. (36). — Zylberlastówna: Przypadek rzekomego nowotworu mózgu. (37). — Landau: O cukromoczu adrenalinowym u człowieka. (28). — Hertz i Mamrot: Przypadek plazmocytomatu uogólnionego gruczołów chłonnych. (38).

Tygodnik lek. Nr 35—38.: Hornowski: Badania anatomopatologiczne nad stosunkiem grasicy do gruczołów przytarczycznych i nadnerczy, oraz nad zachowaniem się jej przy status lymphaticus thymicus i thymico lymphaticus. (35—38). — Rydygier (jun.): Przyczynek do fizyologii ganglion stellatum. (35. dok.). — Leńko: Wyjęcie drogą naturalną ciała obcego z pęcherza. (36). — Siengalewicz: Samobójstwo w oświetleniu zmian anatomo-patologicznych. (37—38).

Nowiny lekarskie. Nr 9.: Dziembowski: O rozpoznawaniu chorób stawowych. — Hornowski: Przyczynki z dziedziny anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej, do kwestyi związku gruczołów wydzielania wewnętrznego z chorobami nerwowemi i umysłowemi (c. d.). — Gliński: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności (dok.). — Szerszyński: Postępy w leczeniu gruźlicy kości i stawów (dok.). — Nowaczyński: Leczenie cukrzycy (dok.). — Piotrowski: Ciało i dusza (dok.).

Lekarz wileński Nr 7.: Rzętkowski: O wpływie środków i zabiegów leczniczych na przemianę materyi (dok.). — Wystawu hygieniczna w Petersburgu — List z Londynu.

Przegląd pedyatryczny, Tom V. Zesz. 5.: Rosenblatówna: O bakteryach gruźlicy we krwi osesków i dzieci starszych. — Biehler: Porażenie ostre rdzenia u dzieci. Choroba Heine-Medin'a.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy i przewodnik turystyczny Nr 10.: Olecka: Zdrojowiska galicyjskie na wystawie w Kijowie.

Zdrowie Nr 9.: Peretz: Kredyt komunalny miejski. — Fidler: Stan szpitalnictwa, oraz ruch chorych w szpitalach Ziemi radomskiej.

Nasze Zdroje. Nr 20—21. Bandrowski: O fundusze na wodociągi i kanalizację dla zdrojowisk i uzdrowisk. (20). — Początek zrobiony. (21). — Łobaczewski: Nasz pawilon na wystawie kijowskiej. (21). — Tarnawski: Łaźnia słoneczna. (21).

Głos lekarzy Nr 17—18: Mikołajski: Donoszenie o gruźlicy. — Warsztaty Jordanowskie. — Debata parlamentarna o zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.). — Sprawozdanie Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. — Salpeter: Honorarya od chorych w klinikach. — Kongres lekarzy w Londynie.

Słowo lek. Nr. 17.: Glassner: Studenci jako robotnicy. — X. Y.: W sprawie rzeczywistych dat na rachunkach szczepienia. — M. S.: Jeszcze w sprawie dyet za szczepienie. — Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi w świetle sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia za lata 1908 i 1909. — Stan szpitali krajowych i powszechnych w Galicyi w r. 1911/12.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LII. Kraków, dnia 4. października 1913. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Leczenie powiększonych gruczołów szyjnych

(lymphomata colli)

podał

Dr Adolf Klęsk,

Dyrektor szpitala PP. Ekonomek w Krakowie.

Zdawałoby się, że w sprawie tak prostej i codziennej, jak powiększenie gruczołów szyjnych (lymphomata colli), postępowanie nasze musi być zupełnie jasne. A jednak tak nie jest, a dowodów na to nie brak. W tej sprawie różnią się zdania nietylko internistów i chirurgów, ale i lekarzy pracujących w jednej gałęzi, co łatwo stwierdzić można w dyskusyach zjazdowych. Przeglądając jednak piśmiennictwo, byłem niemało zdziwiony, że o tak ważnej społecznie sprawie tak mało w literaturze wzmianek. W zakładach leczniczych leczenie gruczołów szyjnych bywa także traktowane bardzo po macoszemu. Z powodu nawału materyału, guzy gruczołów szyjnych operuje się przeważnie ambulatoryjnie, także bardzo rzadko zajmuje się ktoś kontrolą stałych wyników po operacyi doszczętnej, czy też po innych sposobach leczenia.

Sprawa leczenia gruczołów szyjnych przedstawia się inaczej w zakładach, a inaczej w praktyce prywatnej. Do zakładów chirurgicznych zgłaszają się zwykle chorzy, którzy przedtem byli już leczeni sposobami zachowawczemi i chodzi im obecnie o szybkie usunięcie gruczołów; w praktyce prywatnej, lekarz musi nieraz właśnie najpierw próbować wpłynąć na gruczoły drogą więcej zachowawczą; ma on też zwykle więcej od chirurga sposobności obserwować wyniki operacyjne i dalsze losy operowanych.

Daty statystyczne co do trwałego wyniku operacyi, skąpo w literaturze zawarte, grzeszą tem, że nie spotykamy w nich bardzo ważnych w tej sprawie danych, a przedewszystkiem podania tła choroby, a nieraz nawet wieku leczonych chorych; właśnie zaś przy gruczołach szyjnych są to rzeczy najważniejsze. I z tego też powodu postanowiłem zająć się tą sprawą głównie z tych dwóch punktów widzenia, przyczem oparłem się głównie na danych, dostarczonych mi przez kolegów praktyków, za które też składam im tutaj serdeczne podziękowanie.

Przyczyn powiększania się gruczołów szyjnych jest bardzo wiele. Powszechnie dzieli się powiększenie gruczołów szyjnych na trzy grupy: 1) przerost zwykły, 2) gruźliczy 3) zołzowy.

Już tutaj zapatrywania są bardzo różne. Niektórzy twierdzą, że w ramach tych nie dają się pomieścić powiększenia gruczołów na tle nowotworów, chorób krwi, dalej, powstałych w chorobach zakaźnych i t. p. Inni znów odrzucają tło zołzowe i dzielą powiększenie gruczołów tylko na gruźlicze i nie gruźlicze.

O ile nie ulega wątpliwości, że zołzy bardzo często mają tło gruźlicze, o tyle znów z drugiej strony, nie należy zapominać, że bardzo często, mimo klinicznych cech zołzów, u danego chorego gruźlica wykazać się nie daje, i z wiekiem ten stan chorobowy znika bez śladu. O ile też ze względów naukowych, może mają i słuszność ci, którzy t. zw. zołzów (scrofulosis) nie uznają, o tyle znów klinicznie zołzy i nadal pozostać muszą pojęciem odrębnem. Bardzo trafnie określił to w liście do mnie jeden z naszych wybitnych pedyatrów: »Mimo, że nie ulega wątpliwości, iż nieraz zołzy mają za tło czy to zakażenie prątkami gruźlicy, czy może zatrucie ich toksynami, uważam jednak w praktyce zołzy za chorobę »sui generis«. Byłoby to przecież po prostu okrucieństwem, gdybym rodzicom, mającym dziecko t. zw. skrofuliczne wyjaśniał, że właściwie cierpienie ich dziecka jest tylko pewną odmianą gruźlicy. Przecież doświadczenie uczy nas, że z dzieci takich wyrastają potem najzdrowsi nieraz ludzie«.

I rzeczywiście przecież tak jest. Nawet trzeba być bardzo oględnym z rozpoznawaniem wobec rodziny t. zw. »skrofulozy«. Powiedzieć komu, że dziecko jest »skrofuliczne«, równa się obecnie sprawieniu rodzicom nietylko ciężkiej troski, ale nabawieniem ich ciągłego niepokoju i trwogi. A przecież wiemy, ile dzieci np. cierpi na powiększenie gruczołów szyjnych i inne objawy zołzów, a mimo to z czasem wyrastają na ludzi zupełnie zdrowych, nawet bez wszelkiego leczenia. Doświadczenie uczy nas nawet, że powiększone gruczoły szyjne spotykamy często u dzieci znakomicie odżywionych, u których zołzów zresztą napewno nie ma. Dzieci zołzowate (o ile nie są już gruźlicze, co zresztą nieczęsto się zdarza) nietylko potem nie są skłonne do gruźlicy płuc, ale często są nawet w tym kierunku wprost odporne, względnie gruźlica płuc przebiega u nich łagodnie. Hutchinson zwraca uwagę, że przebycie gruźlicy chirurgicznej, uodparnia niejako ustrój przeciwko gruźlicy płuc. Calmette i Guérin są tego zdania, że gdy u chorego na gruźlicę płuc, wystąpi gruźlica chirurgiczna, to nieraz wpływa to nawet dodatnio na stan ogólny chorych i podnosi ich odporność. Raw (Lancet, 15. II. 1908) mniema, że między gruźlicą chirurgiczną a płucną istnieje pewien antagonizm, tak, że dzieli on nawet gruźlicę na dwie grupy: 1) gruźlica płuc, krtani, wtórna gruźlica jelit, 2) gruźlica pierwotna jelit, krezki, otrzewnej, gruczołów, narządów płciowych, toczeń i gruźlica kostno-stawowa. Pierwszą grupę wywołują, zdaniem Rawa, zwykle laseczniki gruźlicy ludzkiej, drugą bydlęcej (zakażenie z mleka). Raw wyraża też zdanie, że najłatwiej uodporniać można ustrój przeciwną chorobie tuberkuliną, a więc przy gruźlicy zaliczonej do drugiej grupy tuberkuliną Kocha »R« i odwrotnie. Kossel

twierdzi, że niemal w 40% gruźlicy gruczołów u dzieci spotyka się typ bydlęcy prątków, a Orth (Berl. Tow. lek.) w gruźlicy dzieci znajdował w 10% tenże typ. Podobnie Weber i Steffenhagen z swych systematycznych badań doszli do przekonania, że przy gruźlicy gruczołów i kości u dzieci, spotyka się prawie zawsze prątki o typie bydlęcym. Prątki te zachowują ten typ, choć przebywają w ciele ludzkiem po kilka (np. $10^{1}/_{2}$) lat (Arb. a. d. kaiserl. Gesundheitsamte 1912. s. 1). Moro (Monats. f. Kindh. 1912. XI. s. 21) uważa zołzy za kombinacyę gruźlicy ze skazą wysiękową, a Hochsinger (Zeitschr. f. Kinderh. 1912. IV. s. 293) podaje następującą definicyę zołzów: jestto obraz chorobowy, który chociaż ma za tło allergię gruźliczą, w rzeczywistości jednak nie jest gruźlicą, lecz raczej rodzajem »paratuberculosis praecox«.

Nie brak też doniesień o występowaniu gruźlicy (zwłaszcza skóry i nerek) na tle zakażenia prątkiem gruźlicy kurzej (Löwenstein. Lipschütz, Tow. lek. Wiedeń V. 1913). Cierpienia te przebiegają bardzo nieraz łagodnie, a obraz ich kliniczny nieraz przypomina zmiany kiłowe. Sternberg opisał gruźlicę przebiegającą pod postacią białaczki rzekomej i nazwał ją: »lymphogranulomatosis«.

Widzimy z tego, jak niejasną jest jeszcze cała ta sprawa i z tego też powodu, nie powinniśmy wobec rodziny chorych zbyt szafować określeniem gruźlica, zwłaszcza, że nieraz możemy chorobę u dziecka określić w ten sposób, że położymy nacisk na możność wystąpienia gruźlicy, nie rozpoznając jej jednak faktycznie.

Powiększanie się gruczołów szyjnych, zwłaszcza u dzieci, wywoływać mogą najrozmaitsze cierpienia głowy np. próchnienie zębów, schorzenia pierścienia limfatycznego w gardle, ropienia, choroby skórne, choroby zakaźne, a nie brak też, zwłaszcza u osób dorosłych, przypadków, gdzie przyczyna powiększenia się gruczołu czy gruczołów jest zupełnie niejasną. Niektórzy są zdania, że właśnie podobne zjawienie się powiększonego gruczołu, w braku innej przyczyny powstania, powinno budzić przypuszczenie ukrytej gruźlicy. Tak zwane macalne gruczoły szyjne (zwłaszcza podszczękowe i poza mięśniem mostkowoobojczykowym, nieraz w postaci paciorków) u dzieci spotyka się nader często. Laser twierdzi, np., że zaledwo 11·3% dzieci nie ma macalnych gruczołów szyjnych. Volland stwierdził statystycznie, że skłonność do powiększenia gruczołów szyjnych w pierwszym dziesiątku lat życia, wynosi niemal 96% i zmniejsza się stale z wiekiem.

Bardzo częste u dzieci jest, jak wiadomo, próchnienie zębów. Stark nawet twierdzi, że głównie próchnienie zębów wywołuje powiększanie się gruczołów na szyi i że te gruczoły nieraz właśnie odpowiadają zepsutym zębom. Łepkowski w tej sprawie wyraża się następująco: Samo próchnienie zębów nie wywołuje powiększania się gruczołów, natomiast zgorzel miazgi zębowej i zapalenia okostnej, zwłaszcza u dzieci, bardzo często wywołują obrzmienia sąsiednich gruczołów mianowicie podbródkowych i podszczękowych. Podobnież trudne ząbkowanie wywoływać może zajęcie gruczołów, gdy przyjdzie do zakażenia części miękkich, dziąseł i t. p. Bardzo często spostrzega się to np. w 6. roku życia, gdy wychodzi pierwszy ząb stały (dzieci w klasie pierwszej). Powiększone gruczoły, powstałe na tle schorzeń zębowych, podług Łepkowskiego prawie nigdy nie ulegają ropieniu, a leczenie zębów wpływa w takich przypadkach znakomicie na zmniejszanie się gruczołów. U starszych ząb mądrości daje często powód do obrzmiewań sąsiednich gruczołów, i to albo sam przez się, albo też przez to, że części miękkie ulegają przytem odleżynie, co właśnie staje się przyczyną powiększania się gruczołów.

Mex (Deut. Monats. f. Zahnheilk. 1913, III) twierdzi również, że każda zgorzel miazgi i schorzenia okostnej zęba, zwłaszcza u dzieci, wywołują obrzmienie sąsiednich gruczołów chłonnych, a także i migdałków. Leczenie też zębów zepsutych wpływa bardzo często korzystnie na stan gruczołów i migdałków.

W zupełności potwierdzają to spostrzeżenia lekarzy szkolnych. Często spotyka się bardzo nawet powiększone gruczoły podszczękowe, odpowiadające położeniem zębom zepsutym, w wywiadach słyszymy o często przebywanych opuchnięciach, a co najważniejsze, to właśnie fakt, że leczenie zębów wpływa nader korzystnie na zmniejszanie się gruczołów. Dodać tu musimy jeszcze uwagę, że gruczoły macalne spotyka się u dzieci bardzo często, nic też dziwnego, że zakażenie mieszane, wychodzące z zęba, wywoła tu jeszcze prędzej powiększenie dalsze i tak już powiększonego gruczołu.

Trautmann (Münch. med. Woch. 1913, Nr 16) twierdzi natomiast stanowczo, że głównej przyczyny powiększania się gruczołów szyjnych szukać należy w migdałkach i z tego też powodu radzi zawsze rozpocząć leczenie od usunięcia odpowiedniego migdałka i to w sposób doszczętny.

Prócz tego gruczoły macalne mogą być wyrazem innych cierpień i leczenie ich schodzi się z leczeniem owych chorób.

Przechodzimy obecnie do sprawy właściwej t. j. do leczenia cierpienia, noszącego nazwę: »lymphomata colli«. Nazwą tą oznaczamy już zwykle gruczoły większe od migdała. Leczenie powiększenia gruczołów szyjnych może być bardzo różne i zależy nietylko od istoty samej choroby, ale nieraz i w większej mierze od innych przyczyn, a mianowicie od: 1) wieku chorego, 2) przyrody pierwotnego cierpienia, 3) poprzedniego leczenia, 4) czasu, jaki nam chory na to leczenie przeznacza, 5) stanu gruczołów.

Zaczęliśmy omawianie tej sprawy nie od pozornie najważniejszego zagadnienia t. j. od natury cierpienia głównego, lecz rozmyślnie od wieku chorego, gdyż wiek odgrywa tu bodaj czy nie ważniejszą rolę.

Mówiliśmy już poprzednio, że macalne gruczoły szyjne, nawet i dość duże, spotykamy często u dzieci i że z czasem znikają one zwykle same. Koledzy pedyatrzy, którzy mi pod tym względem objawili swoje zdanie, twierdzą niemal zgodnie, że do granicy 15 roku życia, uważają doszczętne operowanie gruczołów tylko wyjątkowo za potrzebne. Przyczyna powiększenia się gruczołów bywa tu zwykle widoczną i odpowiednie leczenie wiedzie niemal zawsze do celu. Środki takie, jak żelazo, jod, arsen, racyonalne odżywianie, kąpiele słone, morskie, słońce, oddają tu nieocenione usługi. Czyż nie stwierdza się co roku świetnych wyników leczniczych nawet w przypadkach zaniedbanych po naszej np. Rabce? Nawet bez leczenia miejscowego udaje się u dzieci osiągnąć nieraz znakomite skutki. Co do polecanych często kąpieli słonych podaje Kausch kilka bardzo cennych wskazówek. I tak rozczyn soli powinien mieć zgęszczenie zbliżone do wody morskiej, a więc około $3^{1}/_{2}$—4%. Ciepłotę wody należy obniżać stopniowo do 22° C., kąpiel trwać powinna 5—10 minut, najlepiej 3 razy na tydzień. Pomaga temu leczeniu stosowna dyeta: mniej mięsa, więcej nabiału i jaj, potrawy roślinne, unikanie słodyczy i t. p. Rollier zaleca obfite podawanie węglowodanów i tłuszczów.

Nieraz jednak stan gruczołów wymagać będzie leczenia chirurgicznego i wtedy postępowanie nasze musi być czynne i schodzi się ono ze sprawą leczenia osobników starszych, o czem właśnie mówić zamierzamy.

W leczeniu tem, jak wyżej powiedzieliśmy, zwracamy uwagę na przyrodę pierwotnego cierpienia, poprzednie leczenia, czas, jaki chory na to przeznacza, a wreszcie na sam stan gruczołów. Przedewszystkiem wykryć trzeba koniecznie przyczynę powiększenia gruczołów i starać się ją usunąć, o ile stan gruczołów (ropienie) nie wymaga niezwłocznej interwencyi. Lecząc jednak główne cierpienie nie powinniśmy spuszczać z oczu stanu gruczołów, bo nieraz zajść może z dnia na dzień potrzeba interwencyi. Wywiady oddać tu mogą też cenne usługi, choć nieraz wydarza się, że dopiero lekarz zwraca uwagę chorego na powiększone

gruczoły na szyi, lub też stwierdza, że gruczołów jest kilka, gdy chory przypuszczał, że jest np. tylko jeden. Ważne dane uzyskać możemy z wywiadów, co do poprzedniego leczenia, przebiegu choroby w innych gruczołach i t. p.

O rodzaju leczenia rozstrzyga wreszcie miejscowy stan gruczołów i czas, który chory na to leczenie przeznacza. Gruczoły bowiem zachowywać się mogą bardzo kapryśnie. Niektóre rosną szybko, inne powoli, jedne szybko znikają, inne pozostają twarde i dochodzą do dużych rozmiarów, jedne są bolesne, inne nie bolesne, jedne ruchome, drugie pozrastane. W niektórych szybko tworzy się ropienie śródtorebkowe; w innych znów przypadkach sprawa zapalna przechodzi rychło na otoczenie, tworzy się obrzęk lub ropowica okoliczna, ew. zrosty z otoczeniem. Najgorsze może są te postacie, w których powiększenie nie dosięga zbyt wielkich rozmiarów, ale gruczoły rozpadają się szybko i przebijają na zewnątrz. Stan taki wiedzie do znanych obrzęków przetok, owrzodzeń i zakażeń mieszanych, a spotykamy go często w gruźlicy i w ciężkich, zaniedbanych postaciach zołzowych. Rzeczą lekarza jest niedopuścić do żadnego z tych powikłań. Leczyć chorego możemy, ogólnie mówiąc, albo zachowawczo, względnie zabiegami więcej zachowawczymi, lub doszczętnie przez wycięcie gruczołów. Każdy z tych sposobów ma swoje złe i dobre strony. Leczenie więcej zachowawcze jest żmudne, długie, nie zawsze pewne, natomiast zapobiedz może szpecącej bliznie. Leczenie doszczętne jest szybkie, co do nawrotów, w razie wyleczenia głównej choroby dość pewne, naraża jednak chorego czasem na operacyę ciężką, przy której wydarzyć się mogą poważne uszkodzenia, a wreszcie pozostawia zawsze bliznę.

To też obecnie są dwa obozy lekarzy. J e d n i z Calotem na czele twierdzą, że k a ż d y g r u c z o ł w y l e c z y ć m o ż n a b e z w y c i ę c i a, d r u d z y znów są tego zdania, że sposoby zachowawcze r z a d k o p r o w a d z ą d o c e l u, a t y l k o u t r u d n i a j ą p o t e m z n a c z n i e (przez tworzenie się zrostów) i tak konieczną następowo o p e r a c y ę d o s z c z ę t n ą.

Zanim szerzej omówię sposoby leczenia, poświęcę parę słów wynikom doszczętnego leczenia gruczołów szyjnych. Jak wspomniałem wyżej, w piśmiennictwie znajdujemy tylko bardzo ogólne wzmianki o wynikach operacyi. Podaje się tu daty bez rozpatrzenia na jakiem tle rozwinęło się powiększenie gruczołów, w jakim wieku chorego operowano, czy leczono przedtem główne cierpienie i t. p.; nic też dziwnego, że i wyniki trwałe pozostawiają wiele do życzenia. Trzebicky na XI Zjeździe chirurgów polskich w roku 1901 doniósł o 800 operacyach gruczołów szyjnych z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza. Dowiedział się o losie 165 operowanych. Jednakże tylko u 85 chorych (i to przeważnie ze sfer zamożniejszych) wynik operacyi był dobry, natomiast u reszty gruczoły rozwijały się dalej. Fränkel podaje odsetek trwałych wyleczeń na 71%, Blos (Heidelberg) na 52·4% a Fürnrohr (Diss. Erlangen 1896) zaledwo na 41·4%.

Czegóż to dowodzi? Przedewszystkiem tego, że operuje się często gruczoły szablonowo, nieraz bez ściślejszego zbadania i usunięcia przyczyny głównej, a ta wywoływać będzie nadal wzrastanie gruczołów. Operacye takie są więc tylko kosmetyczne i mają tylko chwilową wartość. Na złe wyniki składa się też zapewne i to, że operacya gruczołów szyjnych stała się w klinikach i szpitalach niejako klasycznym zabiegiem, na którym kształcą się młodzi lekarze; nic też dziwnego, że nieraz pozostawiają oni tu i ówdzie gruczoły przy operacyi. Wyniki operacyjne będą o wiele lepsze, jeżeli dobierze się do nich przypadki, rzeczywiście tylko do wyjęcia gruczołów się nadające. Dowodem tego jest np. statystyka Ortiza (Rev. de méd. et chir. prat. 1908). Leczył on 358 przypadków gruczołów szyjnych różnymi sposobami: 12 wstrzykiwaniami kakodylu (bez skutku), 54 wstrzykiwaniami jodoformu w eterze (tylko 6 popraw) 64 naftolkamforą (15 wyleczeń, 9 popraw, 40 bez skutku), 27 chlorkiem cynku (tylko dwa wyleczenia) natomiast najlepsze wyniki osiągnął po wycięciach doszczętnych, bo 100% wyleczeń. Cyfra ta dowodzi nie tyle może skuteczności operacyi doszczętnej w całem tego słowa znaczeniu, ile sumienności i skrupulatności w doborze przypadków, gdyż nie ulega wątpliwości, że między przypadkami leczonymi zachowawczo były też i bardzo ciężkie.

(Dok. nast.).

Z ambulatoryum dla chorób ucha i nosa w szpitalu izraelickim w Krakowie.

Kazuistyka z dziedziny chorób ucha i górnych dróg oddechowych

podał

Dr R. Spira,

kierownik ambulatoryum.

(Dokończenie).

Wobec takich trudności i ostrzeżeń wykonanie tego zabiegu wymaga zastanowienia się i powinno się podejmować tę operacyę tylko w zakładach, lecznicach i klinikach dobrze wyposażonych, gdzie można rozporządzać dobrą asystą, wprawną, wytrawną obsługą, gdzie wszystko jest przygotowane, co może być potrzebne do zatamowania krwotoku, do ewentualnie potrzebnego natychmiastowego podwiązania tętnicy szyjnej i gdzie operowany może pozostać choć kilka godzin po operacyi pod ciągłym dozorem lekarza. Tego wszystkiego na naszym oddziale brak. W zakładzie, w którym niestety stałego lekarza niema, w którym chorzy większą część dnia pozostają zupełnie bez dozoru lekarskiego, o takiej operacyi mowy być nie może. Zupełnie też zgadzam się z Barączem, że tylko wyjątkowo, tylko w przypadkach bardzo pilnych ambulatoryjne wykonanie tej operacyi może być wskazane.

Z tego też powodu postępujemy w takich przypadkach w sposób następujący:

Staramy się, o ile można w jednem posiedzeniu, a gdzie to nie jest możliwe, w kilku posiedzeniach, przez wyskrobanie opróżnić z treści wszystkie albo jak najwięcej krypt. Aby zapobiedz ich wypełnianiu się na nowo, używałem dawniej kwasu chromowego. To leczenie okazało się jednak zbyt bolesnem. Obecnie smaruję wypróżnione krypty migdałków nalewką jodową. To powtarza się kilka razy, aż krypty przestają wydzielać. Tam gdzie kilka krypt ze sobą sąsiaduje, usuwam mostki między niemi, tworząc w ten sposób z kilku jamek małych jedną większą, która łatwiej i gruntowniej daje się wypróżnić i łatwiej dla leczenia jest przystępną.

Wyniki, dotychczas tem postępowaniem osiągnięte, były zachęcające. Już przez samo opróżnienie krypt z treści można czasem odrazu pierwszym zamachem usunąć, jeżeli nie wszystkie, to wiele przykrych pośrednich i bezpośrednich skutków obecności czopków, jak chrząkanie, spluwanie, parskanie, kaszel, bóle przy połykaniu, kłucie w uchu, zboczenie czuciowe w krtani, dalej cuchnienie z ust i inne

dolegliwości. Pędzlowanie jodyną ma za cel wywołanie zapalenia tych jamek i ich zarośnięcie i w ten sposób zapobieżenie nawrotom choroby. Obok tego polecamy płukanie wodą utlenioną i przetwory salicylowe wewnętrznie.

Czy tym sposobem można będzie często zastąpić inne doszczętniejsze zabiegi, pokażą dalsze doświadczenia. Tam, gdzie by to postępowanie okazało się nie wystarczającem do trwałego wyleczenia, możnaby jeszcze próbować drogi pośredniej. Niektórzy autorzy proponują mianowicie w przewlekłych chorobach migdałków, wywołujących szkodliwe następstwa dla całego ustroju, rozkawałkowanie migdałków względnie częściowe ich usunięcie, t. zw. »Tonsillectomia subtotalis«. W ten sposób migdałki, uważane przez niektórych za ważny narząd ochronny nie zostają całkowicie usunięte, z drugiej strony obawy o następowe krwawienia są mniejsze.

Nerwice zwrotne.

Powszechnie wiadomo, że istnieją pewne narządy w ustroju, które bywają często przyczyną najrozmaitszych nerwic zwrotnych w bliższych lub dalszych okolicach ciała. Przypominam tylko macicę, jajniki, przewód pokarmowy i i., w których różne objawy nerwowe mogą mieć swoje źródło. Między tymi narządami narząd słuchowy i górne drogi oddechowe niepoślednie zajmują miejsce. Za dalekoby nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli przytoczyć z piśmiennictwa choć część niezliczonych przypadków różnych nerwic, mających swe źródło w nosie lub w uchu. Tu chciałbym tylko zwrócić uwagę na niektóre ważne nerwice zwrotne, które aczkolwiek nie rzadkie, często bywają nierozpoznane i jak samodzielne choroby uważane i leczone. Do tych należą przedewszystkiem bóle głowy i kaszel nerwowy, wychodzące z ucha lub gardła, kaszel uszny względnie gardłowy i ogólne zaburzenie nerwowe, mające swoją przyczynę nieraz w obcem ciele w uchu zewnętrznem. Tu należy także przypadek, ogłoszony przezemnie w »Przeglądzie lekarskim« przed laty prawie 20, tyczący się dziecka nerwowo usposobionego, cierpiącego na skurcz głośni, leczonego dłuższy czas najróżnorodniejszymi środkami bez skutku, u którego choroba, jakby pod różdżką czarodziejską ustała natychmiast po wyjęciu czopka woskowiny z ucha.

Odruchowe bóle głowy pochodzenia usznego.

Między niezliczonemi przyczynami nerwowych bólów głowy odgrywa zatkanie ucha niepoślednią rolę. Fakt ten, znany oddawna i potwierdzony licznemi spostrzeżeniami powinienby w wielu przypadkach zwracać uwagę lekarzy na ucho. Niestety tak nie jest, jak uczy codzienne doświadczenie. Przedewszystkiem należy o tem pamiętać, że ciało obce może długi czas przebywać w uchu bez żadnych dolegliwości miejscowych, a nawet bez wiedzy chorego. Dlatego nie wolno polegać na tem, co chory mówi, i nie powinno się zaniechać badania narządu słuchowego na podstawie tego, że chory na ucho się nie uskarża.

Bardzo pouczający jest pod tym względem przypadek Eitelberga. Chory jego cierpiał dłuższy czas na szalone bóle lewej połowy głowy, rozpromieniające się nieraz na plecy tej samej strony i połączone z bezsennością, brakiem łaknienia, niechęcią do pracy, upadkiem sił i t. p.. Chorego leczonego przez sławnych neurologów, uważano za neurastenika i leczono przez cały rok odpowiednimi sposobami bez żadnego skutku. Eitelberg wyjął z lewego ucha dwa głęboko tam leżące waciki i zaraz potem wszystkie objawy chorobowe ustały. Na takie przypadki nie można dość często zwracać uwagi lekarzy i z tego założenia wychodząc, uważam ogłoszenie następujących przypadków za usprawiedliwione.

Pr. Nr 613 1909. Chory 35-letni podaje, że zdaje mu się, iż przed rokiem coś mu się dostało do ucha prawego. Od jakiegoś czasu cierpi na silne bóle głowy. Nieustanne kucie i pukanie jakby młotem w głowie pozbawia go spokoju we dnie i snu w nocy. Mimo wywiadów, wskazujących wyraźnie na ucho, lekarze nie zwracali na to uwagi i leczyli chorego wszystkimi możliwymi środkami, między innymi także pryszczydłami na skroni, oczywiście bez żadnej poprawy. Zbadanie ucha wykazało znaczne upośledzenie słuchu i głęboko w zewnętrznym przewodzie ucha zwitek waty, o którym chory nie umiał powiedzieć, w jaki sposób się tam dostał. Po wydobyciu ciała obcego stan zdrowia zupełnie dobry.

Prot. Nr 504. Chory 78-letni cierpi od dwu dni na silne bóle głowy i w wyrostku sutkowym prawym. Choroba ucha bolów tych nie poprzedziła, a chory nie uskarża się na objawy ze strony narządu słuchowego. Badanie ucha wykazuje w przewodzie zewnętrznym twardy duży czop woskowinowy, po którego usunięciu wszystkie dolegliwości ustąpiły.

Takich wypadków mógłbym przytoczyć więcej, ale wyżej podane wystarczą, by zwrócić uwagę kolegów, iż w podobnych przypadkach nie należy pomijać badania narządu usznego.

Kaszel nerwowy.

Inną bardzo ważną dla lekarzy praktycznych sprawą jest kaszel, który nie ma swojej przyczyny ani w płucach ani w krtani, gdzie jej najczęściej szukamy. Kaszel taki jest zwykle wywołany przez podrażnienia ośrodkowe lub obwodowe i nie odróżnia się często niczem od zwykłego kaszlu. Nieraz jednak cechuje się suchością i dźwiękiem skowyczącym, szczekającym lub ryczącym. Te cechy nie są jednak oczywiście znamienne i nie wystarczają do rozpoznania kaszlu nerwowego. Ważniejszym jest brak wszelkich zmian chorobowych w drogach oddechowych.

Ośrodkowo kaszel taki może być wywołany przez podrażnienie rdzenia przedłużonego w pewnych nerwicach ogólnych, jak histerya, neurastenia, padaczka, i w chorobach organicznych, jak wiąd rdzenia Przyczynami obwodowemi są nieraz zmiany chorobowe w przewodzie pokarmowym, jak wykłuwanie się zębów, glisty, zaparcie stolca lub w narządach płciowych, jak zboczenia i zapalenia macicy, miesiączka, ciąża, choroby jądra, cewki, pęcherza moczowego. W czasie pokwitania często występujący kaszel szczekający t. zw. »Cynobex hebetis« można nieraz odnieść do samogwałtu lub innych podnieceń płciowych. Inni upatrują przyczynę tego kaszlu we wzmożonej pobudliwości nerwowej, wywołanej szybkim wzrostem krtani i innych narządów

Bardzo częstą przyczynę kaszlu odruchowego stanowią zmiany chorobowe w uchu i w jamie nosowej i nosówo-gardłowej. Że podrażnienie ucha może wywołać kaszel, to potwierdza doświadczenie codzienne i ogólnie znane, a łatwo tłomaczyć się dające pobudzeniem gałązki usznej n. błędnego w zewnętrznym przewodzie ucha. Przeważnie są to

ciała obce lub czopy woskowiny w zewnętrznym przewodzie ucha, które często dają powód do uporczywego kaszlu. W nosie podobną przyczynę stanowią polipy, ciała obce, strupy, kamyki nosowe i t. p. W gardle może być przyczyną przerost migdałków gardłowych, podniebiennych lub językowych, przewlekłe zapalenie gardła i migdałków. Nieraz już bardzo nieznaczne zmiany w nosie i w gardle mogą być przyczyną nadzwyczaj uporczywego, długotrwałego kaszlu. Dość często miałem sposobność spostrzegać chorych takich, którzy przez dłuższy czas leczyli się u różnych lekarzy na dokuczliwy kaszel bez najmniejszego skutku. Co dziwniejsza niejeden taki chory podawał, że lekarz leczący zapewniał go, iż w płucach nic niema, że płuca zdrowe, iż z tej strony nic choremu nie zagraża, a mimo to dalej go leczono różnymi środkami wykrztuśnymi i odurzającymi. Takie przypadki zachęciły mnie do tego, aby tutaj zwrócić uwagę kolegów na tę sprawę.

Taki odruchowy męczący kaszel daje się nieraz bardzo łatwo i szybko usunąć, byle tylko nie opierać się wyłącznie na środkach wewnętrznych i mieć trochę więcej na względzie leczenie przyczynowe. Stwierdziwszy raz brak zmian w płucach i poznawszy nieskuteczność środków wewnętrznych, powinien lekarz uwzględnić inne możliwe przyczyny kaszlu i poddać dokładnemu badaniu przedewszystkiem ucho, nos i gardło chorego. Znalazłszy w tych miejscach jakieś zmiany chorobowe, należy zastosować leczenie przyczynowe, więc np. usunąć obce ciało lub woskowiny z ucha, wypalić lub wyciąć przerosty w nosie, w gardle powiększone migdałki, usunąć czopy migdałkowe przez wygniecenie, wyskrobanie lub rozprucie krypt w migdałkach i t. d. Tak często widziałem chorych z uporczywym, długi czas bezkutecznie leczonym kaszlem, wywołanym przez przewlekły nieżyt gardła, że z jak największym naciskiem pragnę zwrócić na to uwagę, i to tem więcej, że kaszel w takich przypadkach przez uwzględnienie przyczyny bardzo łatwo wyleczyć się daje. Wystarczy czasem tylko parę razy popędzlować nos lub gardło słabym rozczynem azotanu srebrowego, by osiągnąć świetne skutki. Widziałem nawet takie przypadki, w których wystarczyło jedno takie pędzlowanie do usunięcia upartego kaszlu, trwającego już całe miesiące i opierającego się wszystkim innym środkom. Nieraz sam byłem zdziwiony szybkim i niespodziewanym skutkiem, w ten sposób otrzymanym.

Dodać jeszcze należy, że taki kaszel odruchowy częściej się zdarza u osób wogóle nerwowo usposobionych, u chorych młodocianych i u kobiet, jak w ogólności nerwice zwrotne występują przeważnie u tego rodzaju chorych. Wprawdzie nie można zaprzeczyć, że ten nieraz zdumiewający skutek polega czasem na poddawaniu. Jednakże bądź co bądź należy o tem pamiętać, że nawet bardzo nieznaczne zmiany w gardle mogą być powodem bardzo upartego i męczącego kaszlu, który nieraz po bezskutecznem leczeniu innymi środkami ustępuje prędko po nieznacznym zabiegu w nosie lub w gardle. Jestem przekonany, że uwzględnienie tego doświadczenia i stosowanie się do niego wyjdzie często na dobre choremu i lekarzowi.

Piśmiennictwo bieżące.

Otyatrya.

T. Rohrer: **O zawodowem upośledzeniu słuchu u personalu kolejowego.** (Mon. f. Ohrenheilk. u. Lar.-Rhin., Z. 8, 1913). Badania szczegółowe 50 funkcyonaryuszy kolejowych, w szczególności 30 maszynistów i palaczy oraz 20 konduktorów potwierdzają sprawę już dawniej znaną, mianowicie uszkodzenie słuchu u tych ludzi w mniejszym lub większym stopniu. Przyczyną jest nieustanny hałas, huk pociągu, świstki lokomotywy i t. p które, jak to wykazały doświadczenia na zwierzętach dokonane przez innych autorów i w inny sposób, ustawicznem swem działaniem wywołują zwyrodnienie włókien nerwu ślimakowego i organu Cortiego. Uszkodzenie zatem słuchu jest na tle schorzenia ucha wewnętrznego przy zupełnie nienaruszonem uchu środkowem, zmiany kliniczne więc dotyczą głównie odczuwania tonów wysokich i szmerów cichych o charakterze wysokiego tonu (np. szept, tykanie zegarka kieszonkowego i t. p.) wreszcie zawsze daje się wykazać skrócenie przewodnictwa drogą kości. Dolna granica tonów, o ile nie ma zmian w uchu środkowem z innych przyczyn, jest prawidłowa, natomiast górna granica jest zawsze skrócona, a skrócenie to stoi w stosunku proporcyonalnym do lat służby. Co do odczuwania górnej granicy tonów zadowalnia się autor oznaczeniem tylko, jaki najwyższy ton wogóle dane ucho słyszy, np. a^6 lub gis^6 (norm. c^8), natomiast nie podaje tego, że ucho takie choć usłyszy jeszcze ton naprzykład cis^7, to jednak słyszy tony znacznie niższe np. c^4 o wiele krócej od normalnego ucha, o czem niejednokrotnie mogłem się przekonać. Rozprawa sumiennie i gruntownie opracowana nie przedstawia jednak nowych momentów, chyba myśli rzucone w sprawie profilaktyki. Ze względu jednak, że nie jest rozstrzygniętem, jaką drogą, czy powietrza czy przewodnictwa kostnego powstaje uszkodzenie organu słuchu trudno zastosować odpowiednie środki. Wyścielanie matami kokosowymi stanowisk maszynistów zaprowadzone w ks. badeńskiem w celu osłabienia wrażeń słuchowych trwa za krótko, by już stąd można wyciągnąć wnioski.

Dr Skrowaczewski.

Oskar Beck: **O przewodnictwie drogą kości przy kile.** (Monatsschrift f. Ohr. u. Lar.-Rhin. Z. 8, 1913). Powszechnie znany objaw skrócenia czasu przewodnictwa drogą kości u osób dotkniętych kiłą stwierdza autor na podstawie badań 56 osobników mniej więcej w 80% przypadków. Często występuje ten objaw już w samych początkach wybuchu ogólnej kiły i jest tak charakterystyczny, iż służyć może jako moment rozstrzygający w jej rozpoznaniu. Zastanawiając się nad etyologią tego objawu dochodzi autor do wniosku, iż przyczyny należy szukać nie w schorzeniu ucha, gdyż najczęściej wynik badania był ujemny, lub w zmianach kości czaszkowych lecz w podwyższeniu ciśnienia śródczaszkowego, zaczem przemawia wystąpienie tego objawu przy wodogłowiu, guzach czaszkowych i t. p. Nakłucie lędźwiowe wykonane w kilku przypadkach przez autora potwierdziło w zupełności jego przypuszczenia; objaw ten ustąpił po wypuszczeniu 5—6 cm^3 płynu mózgo-rdzeniowego, powrócił jednak po 2—3 dniach. Ze względu, iż badania wykonał u szczupłej liczby osób, nie chce uważać swych dowodów za wyczerpujące. Zarówno zawroty głowy i zaburzenia równowagi, jako też zwiększenie odruchów skórnych i ścięgnistych, zdarzające się przy wybuchu ogólnej kiły, znajdują w temsamem źródle tłumaczenie. Na koniec przytaczając jeden ciekawszy przypadek, w którym skrócenie przewodnictwa kostnego było znacznie większe po stronie prawej niż lewej, natomiast istniało zwiększenie odruchów skórnych i ścięgnistych po stronie lewej, dodaje autor, iż badanie wykonano nowym elektrycznym stroikiem prof. Urbantschitscha.

Dr Skrowaczewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 4. VI. 1913.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1. Kol. Rosenblat pokazał dziecko po doszczętnej **trepanacyi wyrostka sutkowego.** b) Chorą, u której usunął zrosty podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardła. Chora była przedstawiana na ostatniem posiedzeniu.

2. Przeczytano zaproszenie Tow. Pielęgnowania chorych »Byhur Cholim« na inauguracyę nowego pawilonu w »Uzdrowisku« pod Łodzią w d. 8 czerwea r. b.

3. Przeczytano odezwę Galicyjskiego Zakładu Kredytowego krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk w sprawie subskrypcyi celem utworzenia Galicyjskiego Banku Zdrojowisk.

4. Przewodniczący przeczytał list prof Halbana (ze Lwowa) do Komitetu zajmującego się urządzeniem Zjazdu psychiatrów i neurologów w Gandawie, oraz odpis i odpowiedź generalnego sekretarza Zjazdu na list powyższy. Sekretarz generalny poleca utworzenie Komitetu polskiego na Zjeździe i uprasza Towarzystwa lekarskie polskie o wysłanie delegatów na Zjazd.

5. Kol. Szajerowicz. **O środkach łagodzących bóle porodowe.** Zaznaczywszy na wstępie, że nadwrażliwość układu nerwowego, narażonego wskutek ciężkiej walki o byt na częste wstrząśnienia, stała się w naszych czasach objawem niemal normalnym, stwierdziwszy, iż poród jest silnym urazem, który często pozostawia po sobie na długo stan wyczerpania, a niekiedy jest przyczyną rozwijającej się histeryi i neurastenii, a nawet psychozy, prelegent oświadcza się za jaknajobszerniejszem stosowaniem środków łagodzących bóle porodowe. W przygotowawczym okresie porodowym stosuje prelegent najczęściej pantopon sam lub też w połączeniu ze skopolaminą. Pantopon, posiadając wszystkie zalety morfiny pod względem znieczulania, nie osłabia skurczów macicznych, jak to często bywa po wstrzyknięciu morfiny. Skopolaminę stosuje prelegent nie w celu wywołania zupełnej niepamięci podczas porodu, podług metody Kröniga, którą w krótkości omawia, lecz w celu łagodzenia bólów porodowych. Oprócz tych dwu środków, które w przypadkach prelegenta znakomicie łagodziły bóle porodowe, stosuje jeszcze prelegent na samym początku okresu przygotowawczego wodnik chloralu, antypirynę i kokainę podług metody Fliessa. Te środki przynoszą również znaczną ulgę, ale działanie ich trwa krócej. W II okresie porodowym, od chwili, gdy widocznem się staje wypieranie zewnętrznych części miękkich, stosuje prelegent śmiało chloroform w celu wywołania półuśpienia. Dawka chloroformu, niezbędna dla otrzymania półuśpienia, nietylko nie osłabia skurczów macicznych i tłoczni brzusznej, ale przeciwnie, usuwając ostry ból, pozwala rodzącej użyć całej siły mięśniowej i skraca poród. Dzięki chloroformowi udało się prelegentowi niejednokrotnie uniknąć kleszczy. W końcu występuje prelegent przeciwko zakładaniu tak zwanych kleszczy wybawczych bez ścisłego wskazania jedynie dla skrócenia porodu. Lepiej usunąć ostry ból i dać chorej możność urodzić siłami naturalnemi. Kleszczowa operacya, jakkolwiek w rękach specyalisty nie jest niebezpieczną, to jednak bezwątpienia zmniejsza widoki bezgorączkowego przebiegu poporodowego. Prócz tego włókna mięśnia unoszącego (levator), podczas operacyi kleszczowej często ulegają rozdarciu.

Dyskusya. a) Kol. M. Cohn twierdzi, że po wprowadzeniu pantoponu zdawało się, że ma on pewną wyższość nad morfiną, ale z czasem przekonał się, iż morfiny nie przewyższa. Co się tyczy półuśpienia chloroformowego, kol. C. wogóle w nie nie wierzy, przypuszcza raczej, że chodzi tu o suggestyę. Skopolaminę kol. C. stosuje w chirurgii i odniósł wrażenie, że uśpienie chloroformowe po wstrzyknięciu skopolaminy bywa spokojniejsze. Co do rozdarcia włókien mięśnia unoszącego, C. nie przypuszcza, ażeby operacya kleszczowa mogła je spowodować. Poród, zakończony siłami natury, o ile się zbyt długo przeciąga, prędzej bywa przyczyną rozdarcia tego mięśnia.

b) Kol. Kaufman. Z przytoczonych przez prelegenta sposobów uśmierzania bólów porodowych, stosował dwa: 1) **uśpienie chloroformowe** »à la reine«, zarzucił je jednakże, ponieważ zauważył, iż nawpół odurzone chore tracą panowanie nad sobą, stają się głuche na rady i perswazye lekarza. Wpadają w stan silnego rozdrażnienia i natarczywie domagają się większych dawek chloroformu. Lekarz naleganiom tym często uledz musi i wtedy uśpienie »à la reine« staje całkowitem uśpieniem z następczem oczywiście, rozwiązaniem sztucznem. 2) Odurzenie skopolamino morfinowe stosował K. w 10 przypadkach w roku 1903, tj. zaraz po ukazaniu się książeczki Sternbüchla, zaniechał go jednakże, ponieważ wymaga ono czujnej i stałej kontroli, nie nadaje się przeto do stosowania w praktyce prywatnej; powtóre zaś — o ile sądzić wolno z niewielkiej liczby przypadków — źle działa na płód (2 przypadki asfiksyi na 10 porodów). Posiadając skopolaminę z Freiburga, przygotowaną według przepisów Kröniga K., skłonny jest do dalszych prób w klinice.

c) Kol. Maybaum poruszył sprawę **epidemii czerwonki** w Łodzi i wystąpił w imieniu sekcyi pedyatrycznej z propozycyą utworzenia komisyi, której zadaniem byłoby zbadanie charakteru epidemii, obmyślenie środków zaradczych i t. d. Rzecz przekazano Zarządowi Towarzystwa. Następnie kol. M. pokazał a) preparat żołądka z kilkoma owrzodzeniami i jelit z wielorakiemi owrzodzeniami i nadżerkami krwawemi po otruciu sublimatem; b) preparat płuc z mnogimi ropniami po zachłyśnięciu się karbolem, wypitym w celach samobójczych (oględzin pośmiertnych dokonał kol. Eisner w szp. małż. Poznańskich). Sonenberg.

Feljeton.

Pamiętniki Dr Józefa Franka profesora Uniwersytetu wileńskiego. Z francuzkiego przetłómaczył, wstępem i uwagami opatrzył Dr Władysław Zahorski. T. I—III. Wilno. Nakładem Tow. Udz. »Kuryer Litewski«. 1913.

(Ciąg dalszy).

Osiedliwszy się we Włoszech, napisał Frank sześć tomów swych pamiętników, a przyjaciel jego Dr J. Carro, lekarz praktykujący w Karlsbadzie skreślił życiorys syna i ojca. Pamiętniki te, nie wydane, w r. 1855 sprzedał Dr Carro Wileńskiemu Towarzystwu lekarskiemu za 25 dukatów, którą to kwotę ofiarował hr. Rajnold Tyzenhaus.

Jak nas informuje Dr Zahorski, brak V. tomu pamiętników, w którym znajdowała się niepochlebna charakterystyka Pelikana[1]) i ten miał rękopis, wycofany z biblioteki Towarzystwa lekarskiego, zniszczyć. Oprócz tego pani Balińska, czytając pamiętniki i znajdując w nich wiele niepochlebnych i niemiłych wzmianek o ojcu swoim, Jędrzeju Śniadeckim, powykreślała je, sporo też kart powyrywał sam Dr Carro.

Z pamiętników w różnym czasie robiono użytek. Trzy tomy streścił Dominik Chodźko w r. 1863, niektóre części uczeń i przyjaciel Franka prof. Michał Homolicki, obecnie Dr Włady-

[1]) Wacław Pelikan, profesor chirurgii, a czasowo anatomii opisowej i medycyny sądowej od r. 1817—1825 i rektor Uniwersytetu wileńskiego za kuratora Nowosilcowa, przyczynił się do zamknięcia Uniwersytetu; był następnie naczelnym lekarzem szpitala wojskowego w Moskwie 1848, potem w Petersburgu piastował różne godności, dyrektora departamentu medycznego w ministerstwie wojny, prezydenta Akademii medyko-chirurgicznej, aż do najwyższej godności lekarskiej w Rosyi, prezesa Rady lekarskiej. Umarł w r. 1873.

sław Zahorski opatrzył je wstępem, cennemi uwagami i wyjaśnieniami, jako wyborny znawca Wilna i jego przeszłości. Opuściwszy $1^1/_2$ pierwszych tomów, zawierających życiorysy ojca i syna Franków, ich podróże i prace naukowę rozpoczyna Dr Zahorski od tłumaczenia III. i IV. tomu, t. j. od przyjazdu Franków do Wilna, co największy przedstawia interes dla polskiego czytelnika. My zaś podajemy tylko to, co może mieć związek z Uniwersytetem lub zainteresować kolegów-lekarzy.

Ks. rektor Strojnowski w r. 1803 rozpoczyna korespondencyę z prof. Janem Piotrem Frankiem z propozycyą zajęcia katedry kliniki terapeutycznej w nowo zreformowanym uniwersytecie wileńskim. Wiele było przeszkód, zanim Frank zdecydował się opuścić stolicę Austryi i świetną pozycyę, jaką w niej zajmował, a czego mu Wilno dać nie mogło, tem więcej, że i cesarz nie życzył sobie wyjazdu Franka. Wreszcie zwolniono Franka ze służby profesorskiej w Wiedniu lecz bez emerytury, a 2. marca 1804 r. cesarz Aleksander I. zatwierdził wybór Franków na profesorów w Wilnie i umowę zawartą z nimi przez rektora. Radca dworu Dr Jan Piotr Frank został mianowany profesorem połączonych dwóch katedr kliniki i terapii szczegółowej z wykładami codziennie po godzinie w klinice i 5 godzin tygodniowo terapii, równocześnie zostawał dyrektorem kliniki, z pensyą roczną 6 tysięcy rub. sr. i mieszkaniem. W razie dymisyi miał otrzymywać emeryturę, wynoszącą połowę pensyi, a dwom córkom do zamążpójścia zapewniono po 500 rub. rocznie.

Dr Józef Frank, syn, wezwany na katedrę patologii, z którą połączony był dodatkowy kurs terapii ogólnej, miał być pomocnikiem ojca w klinice z pensyą roczną 2 tysiące rubli i mieszkaniem. Józefowi umowa zapewniała następstwo po ojcu w klinice i na katedrze terapii szczegółowej, z pensyą roczną 3 tysięcy rubli. Obaj Frankowie odbyli daleką na owe czasy podróż z pewnemi trudnościami, na koszt uniwersytetu.

Autor pamiętnika opisuje pierwsze wrażenie, jakie na niego wywarło po Wiedniu niewielkie, 35-tysięczne Wilno, z blizko trzecią częścią ludności żydowskiej, źle zabudowane i nie odpowiadające przy małych ówczesnych wymaganiach zdrowotnym warunkom. Pomimo malowniczego położenia nad dwoma rzekami było Wilno bardzo brudne, tonęło w błocie lub piasku, nierogacizna swobodnie przechadzała się po ulicach, które zalegały kupy gnoju wysokości człowieka. Miasto przedstawiało obraz chaosu, obok pięknych pałaców liche lepianki, lecz wszystko to okupywała piękność okolic. Życie było niedrogie i wszystkiego można było dostać. Niechlujstwo ludu obok ciemnoty i pijaństwa było rażące. W domach pańskich i szlacheckich utrzymywano przy panującym bezładzie ogromną ilość sług. Gdy pewnego razu marszałkowa ks. Czartoryska uskarżała się na nieznośny smród, rozchodzący się od nóg stojącego za jej krzesłem podczas obiadu lokaja, ten miał naiwnie odpowiedzieć: »Coby dopiero księżna pani powiedziała, gdybym zdjął buty«. Prawie we wszystkich domach, nawet biskupa wileńskiego, byli faktorzy lub faktorki żydzi, a większość miała mieć parchy(?).

Autor mówiąc o szerokiej autonomii uniwersytetu powiada, że jej nadużywano. Jeszcze za czasów Pawła I, kiedy Jezuici byli wygnani z Polski i musieli opuścić założony przez siebie uniwersytet, car pomimo niechęci dla uniwersytetu zachował jednak jego niezależność. Był potem czas, kiedy Jezuici byli u tego cara w łasce, a chcąc posiąść uniwersytet na nowo, robili o to starania u rektora ks. Strojnowskiego; lecz rektor był temu przeciwny i przedstawił carowi na piśmie niebezpieczeństwo, jakieby groziło nauce i uniwersytetowi, jeżeliby przeszedł w ręce Jezuitów; car za tę śmiałość kazał uwięzić rektora. Po objęciu rządów przez Aleksandra I rektor Strojnowski wespół z Tadeuszem Czackim, którego nazywa autor »mężem niezwykle światłym, uczonym i całkiem oddanym dobru publicznemu«, znaleźli poparcie swych planów u ks. Adama Czartoryskiego, który wówczas jako minister spraw zagranicznych był wszechpotężnym. Pamiętny ukaz carski o reformie cesarskiego uniwersytetu w Wilnie z 4. kwietnia 1804 r. ustanawia w nim 4 fakultety z następnemi katedrami głównemi i profesorami; I. Fakultet nauk fizycznych i matematycznych miał 10 głównych katedr. II. Fakultet medyczny 7; a mianowicie: 1) anatomii, 2) patologii, 3) materyi medycznej, 4) kliniki, 5) chirurgii, 6) położnictwa i 7) sztuki weterynaryjnej. III. Fakultet nauk moralnych i politycznych 10, i IV. Fakultet literatury i sztuk wyzwolonych 5.

Oprócz kursów głównych na każdym Wydziale były jeszcze dodatkowe, otwierane według postanowień Uniwersytetu i aprobaty kuratora, a poruczane adjunktom. Profesorowie »ordynaryjni«, nie wyłączając teologów, byli wybierani przez uniwersytet i następnie przedstawiani przez kuratora do zatwierdzenia przez ministra. Podział uniwersytetu na 4 fakultety (na wzór francuskiego Instytutu narodowego) Frank uważał za nieodpowiedni, gdyż tylko jeden Wydział lekarski przygotowywał do określonego zawodu, w innych, jak np. na Wydziale nauk moralno-politycznych były bez systemu pomieszane teologia, prawo, ekonomia polityczna, budownictwo i t. d.

Przypatrzmy się charakterystyce nie zupełnie bezstronnej Franka, dotyczącej wybitniejszych profesorów z Wydziału nauk fizycznych i matematycznych.

Jędrzej Śniadecki wykładał chemię. Był on autorem pierwszego podręcznika chemii w języku polskim (1800 r. 2 tom). O nim powiada Frank: »Trudno znaleść lepszego mówcę, lecz był on mało wprawnym w wykonywaniu doświadczeń«. W laboratoryum nie pracował, gdyż od rana do wieczora był zajęty praktyką prywatną lekarską. Ten zarzut jest niesłuszny wiadomo bowiem, że praktyka nie przeszkadzała wówczas w pracach naukowych i w działalności społecznej; wszakże sam Frank również na dłuższy czas wyjeżdżał i miewał nawet wskutek tego nieporozumienia z władzą uniwersytecką i kuratorem.

O Stanisławie Jundzille, wykładającym zoologię i botanikę, odzywa się też Frank niechętnie. Prace jego, ogłoszone po polsku, nazywa kompilacyami, zarzuca mu, że nie pomyślał dotąd o założeniu gabinetu zoologicznego, jak również, że mało troszczył się o ogród botaniczny. Niechęć Jundziłła do duchowieństwa i cudzoziemców, skąpstwo i nietowarzyskość, przyczyniły się może w części do wydania o nim takiego sądu. Inne podają o nim wiadomości Bieliński, Malinowski i w ostatniej swej pracy Janowski. Piszący te słowa słyszał zwykle pochwały o Jundzille z ust jego uczniów wileńskich.

Z innych profesorów mówi Frank o emerytach tego Wydziału, oddając wielkie pochwały astronomowi ks. Poczobutowi-Odlanickiemu, jako człowiekowi wielkiej nauki; natomiast lekceważy ks. kanonika Józefa Mickiewicza, profesora fizyki, lubiącego, aby mu całowano ręce i gorliwie spełniano praktyki religijne; kilka modeli i parę maszyn elektrycznych, przykrytych grubą warstwą kurzu, stanowiły jego gabinet fizyczny.

Z Wydziału nauk moralnych i politycznych daje Frank niezbyt pochlebną wzmiankę o Abichcie, rodem z Erlangen, wykładającym logikę i metafizykę, Szymonie Malewskim, profesorze prawa naturalnego i Capellim, wykładającym prawo cywilne i kryminalne starożytnych narodów, których językiem nie władał i choć nie był znanym uczonym, lecz wybór jego pochwala.

Na Wydziale literatury i sztuk pięknych cieszyli się zasłużoną sławą Franciszek Smuglewicz, Andrzej Le Brun, Francuz i Jan Rustem, Grek z pochodzenia.

Więcej miejsca poświęca Frank charakterystyce profesorów Wydziału lekarskiego. Wymienimy z nich Andrzeja Lobenweina, który wykładał anatomię w sposób dziwny, bo w ciągu lat sześciu i pomimo znacznej ilości zwłok nie założył gabinetu anatomicznego.

O Auguście Becu (ojczymie Juliusza Słowackiego) profesorze fizyologii, higieny i policyi lekarskiej, mówi Frank bardzo niechętnie, o Ferdynandzie Spitznaglu, profesorze materyi medycznej, powiada, że wielką miał znajomość historyi naturalnej, a o medycynie nie miał pojęcia, lecz był na tyle odważnym, że zajmował się praktyką. Jakób Briotet pochodził z Francyi, był nie złym chirurgiem, lecz nie był zgoła profesorem, obydwóch języków, którymi można było wykładać, łacińskiego ani polskiego, nie znał zupełnie. O Andrzeju Matusewiczu, wykładającym położnictwo, Frank szczególnie dosadnie się wyraża mówiąc »był ograniczony, nieuk, zły i intrygant«, najgorszy z profesorów.

Jan Piotr Frank rozpoczął swe wykłady kursu terapii szczegółowej odczytem »De arte longa et vita brevi Hipocratis«, który sprawił wielkie wrażenie na słuchaczach; pomiędzy nimi było wielu profesorów, szlachty i duchowieństwa. Capelli na pamiątkę tej uroczystości napisał sonet. Ojciec Frank stworzył w Wilnie pierwszą klinikę, na którą uniwersytet nie poskąpił środków, zakupiwszy na ten cel pałac u ks. Radziwiłła. Klinika zajmowała 5 pokojów przyzwoicie urządzonych o 16 żelaznych łóżkach, kołdry białe i wszystko pomalowane na biało, podłoga woskowana, naczynia cynowe. Z wielką trudnością zdobywano do kliniki chorych. Rząd przeznaczył szpital Sióstr miłosierdzia, ażeby stamtąd wybierano chorych, ci jednak, obawiając się, że będą ich poddawać męczarniom, w żaden sposób nie chcieli przenosić się do kliniki. Stary Frank, nie umiejąc po polsku, nie mógł z chorymi się rozmówić, a w Wilnie nie było żadnego asystenta, ażeby mógł być tłumaczem. Tylko jeden ze studentów, nazwiskiem Borsuk, mógł tę rolę pełnić, ale nie miał kwalifikacyi na asystenta. Dlatego sprowadzono z Wiednia Dra Błaszczykiewicza, który znał się na okulistyce, a że nie było w Wilnie okulisty,

sporo zarabiał pieniędzy, lecz znalazł współzawodnika w Dr Vicinim, Włochu, który szczególnie wśród żydów miał dużą wziętość.

Jednocześnie z ojcem rozpoczął Józef Frank wykłady patologii, a demonstracye patologiczne odbywały się w szpitalu Sióstr miłosierdzia; cieszyły się one wielkiem powodzeniem, ale wywołały silną opozycyę pośród profesorów Wydziału lekarskiego, całkowicie oddanych praktyce, podówczas bardzo zyskownej na Litwie niechętnie więc patrzących na obcokrajowców. Nie mogąc występować jawnie przeciw powadze starego Franka, całą niechęć swą zwrócili profesorowie Wydziału na syna. Na Wydziale lekarskim istniały dwie wrogie partye; niemiecka chciała wciągnąć syna Franka do zwalczania lekarzy Polaków, na co się on jednak nie zgodził i do końca zachował stanowisko bezstronne starając się, jak pisze, pozyskać zaufanie i sympatye miejscowego społeczeństwa, co mu się też udało.

Ludność Wilna i mnóstwo przyjezdnych spieszyło po poradę do starego Franka, wielu nawet z chorobami nieuleczalnemi, jak suchotnicy w ostatnim stopniu; że nie mogli oni oczywiście doznać natychmiastowej ulgi, jak tego oczekiwali, zaczęły więc krążyć rozmaite dowcipy, w rodzaju tego »Ten wielki Frank nikogo nie uratował, przepraszam uratował Prozora«, a to w ten sposób, że uniwersytet nabył dom dla Franka, dając za niego sumę bardzo wygórowaną i tem uratował Prozora od bankructwa.

Ponieważ i przy porodach nieznajomość języka wielce utrudniała pracę staremu Frankowi, chorzy musieli przyprowadzać z sobą tłumaczów; w roli takiego tłómacza występował młody lekarz Szymkiewicz, co mu przysparzało dużo dochodu i ułatwiło wyrobienie własnej praktyki. Mówiąc o praktyce lekarskiej wspomina Frank, że byli już wówczas przy małej liczbie lekarzy w Wilnie tacy, którzy postępowali nieetycznie, a do nich zalicza Dra Liboszyca, skąpca, fatygę swą wysoko ceniącego, odwiedzającego chorych innych lekarzy i narzucającego chorym swe rady. Liboszyc praktykował głównie pośród ludności żydowskiej. O starym Franku, ojcu, zwykł mawiać, że szanuje jego wiedzę, lecz nie uznaje jego metody leczenia w porównaniu z własną. Ponieważ żydzi, jak i dziś, stanowią u nas główny kontyngent chorych, udających się do nowoprzybyłego lekarza, przeto i Frank mimowoli musiał się często spotykać z Liboszycem. Gdy mu dobrze płacono, przesiadywał Liboszyc całemi godzinami przy łożu chorego. Jeżeli chory porzucał Liboszyca dla innego lekarza i po niejakim czasie chciał wrócić do niego, płacił stosownie do swej zamożności wysoką karę.

Frank poświęca nieco miejsca opowiadaniu o praktyce żydowskiej, która była dla niego nowością, porównując ciemnych żydów litewskich z cywilizowanymi żydami zachodniej Europy. Niezrozumiałe wydawały się mu na razie te słowa, które znają wszyscy lekarze, dotąd praktykujący wśród żydów, w rodzaju katochus (na Ukrainie kaduches, malaria), bocher (chłopiec), west (regularność), mesles (doba) i t. d. Niecierpliwiły go w praktyce żydowskiej te nieustanne powtarzania choremu na rozmaite sposoby, jak ma używać lekarstw i jak się zachowywać, przy czem chory zwykle po wyjściu kilkakrotnie powraca z nowemi zapytaniami [1]). Frank wskazuje na wielką odporność żydów względem niektórych chorób. Przebieg chorób zakaźnych jest, zdaniem Franka, u nich prawidłowszy, niż u innych plemion i nigdzie aforyzmy Hipokratesa nie dadzą się z taką słusznością zastosować, jak u żydów, szczególnie co do przełomów (crisis). Leczenie żydów byłoby, zdaniem Franka, ciekawsze, gdyby można było dokonywać sekcyi; przy tem dodaje Frank, że starożytni izraelici pozwalali na to.

(C. d. n.). Talko-Hryncewicz.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. IX. do 27. IX. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych 1 † —), krztuśca 6 † — (1 † 1), ospy wietrznej 3, płonicy 11 † — (2 † 2), odry 6 † — (— † —), duru brzusznego 1 † 1 (3 † 2), czerwonki 6 † 1 (4 † 1), róży 1 † 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 2. października 1913 znajdowały się m. i. komunikaty p. J. Sosnowskiego: »Cechy krzywej szybkości skurczu mięśnia« i pp. A. Landau'a i A. Rząśnickiego: »O zwracaniu się zawartości dwunastniczej do żołądka«.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 15. IX. do 22. IX. 1913 przypadków: ospy — † 1, płonicy 4 † 1, duru brzusznego — † —, róży 1, czerwonki 2 † —. Dr Trenkner

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala jubileuszowego OO. Bonifratrów w Krakowie.

Prymaryusz Dr Jan Frączkiewicz: **Spostrzeżenia nad »algocratyną«.**

Do licznego szeregu środków uśmierzających ból przybył nowy lek pod nazwą algocratyna. Aczkolwiek środek ten nie posiada dotąd prawie żadnej literatury, a skład jego chemiczny podany: $C_{21}H_{25}N_7O_3$ wydawał się nie rokować wiele nadziei, postanowiłem wypróbować go i porównać z innymi podobnie działającymi środkami.

Lek ten podawałem w przypadkach chorobowych, w których ból objawiał się na tle nerwowem, a więc w pierwszym rzędzie w nerwobólach (neuralgiach), w zapaleniach pni nerwowych (polyneuritis), zwłaszcza na tle alkoholowem, ischias, wreszcie przy bólach głowy (migrenie).

Wiadomą jest rzeczą, że cierpienia te, z natury przewlekłe, ulegają częstym nawrotom i środki, używane dla ich leczenia, które z początku pomagają, jak aspiryna, antypiryna, fenacetyna, pyramidon i t. d. z czasem zawodzą i na ustrój chorego nie reagują tak korzystnie, jak z początku. Uciekać się więc musimy do kombinowania tych środków z narkotykami, aby działanie ich spotęgować. Obecnie w »algocratynie« zyskaliśmy, jak z dotychczasowych wyników sądzić można, dzielny środek dla uśmierzenia bólów, pochodzących z systemu nerwowego, dalsze zaś doświadczenia wykażą, czy i w jakim stopniu działa »algocratyna« w bólach np. reumatycznych, artrytycznych i t. d.

Z uwag ogólnych dodać muszę, że chorzy bez wyjątku znosili lek ten dobrze bez działań ubocznych, jak odbijania, nudności i t. p.

Reasumując w krótkości działanie »algocratyny« w powyżej podanych wypadkach orzec można, że:

1) Algocratyna w dawkach 2—4 proszków dziennie nie jest środkiem szkodliwym i nie wywołuje działań ubocznych, dlatego można ją stosować nawet w wypadkach, gdzie inne środki są przeciwwskazane lub gdzie innych środków chorzy nie znoszą.

2) Algocratyna działa rzeczywiście korzystnie w kierunku uśmierzenia bólu na tle nerwowem, i to ból o mniejszem nasileniu po kilkudniowem użyciu w dawce 2—4 proszków dziennie usuwa w zupełności, ból zaś dotkliwy znacznie uśmierza i sprawia, że leczenie przyczynowe szybszy i trwalszy odnosi skutek. 126

[1]) Pamiętam z czasów mojej młodości w Kijowie podczas ambulansu głośnego wówczas na południu Rosyi prof. Meringa, późniejszego milionera, kiedy jeden z tłumu cisnących się do tego »cudotwórcy« żydów, po kilku zapytaniach otrzymawszy wcześnie już przygotowaną przez asystenta receptę i położywszy na stole rubla, wrócił po chwili z drugim rublem, żądając dalszej porady. J. T. H.

Rok LII. Kraków, dnia 11. października 1913. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z miejskiej pracowni bakteryologicznej i z zakładu weterynaryi Prof. J. Nowaka w Krakowie.

Dalsze badania evolu i mydła kreozolowego.

Podali

Doc. R. Nitsch, bakteryolog miejski i **M. Okolska.**

W r. bieżącym przedstawiliśmy w »Przeglądzie lekarskim [1]) dwa nowe środki odkażające, t. j. evol i mydło kreozolowe. Okazaliśmy, że mydło kreozolowe, tańsze 3—4 razy od lysolu, jest nieco słabszym środkiem odkażającym, niż lysol i evol. Mniej więcej 2% rozczynu lysolu lub evolu równają się w sile odkażającej 3% rozczynom mydła kreozolowego. Gdyby więc używać 3% rozczynów mydła kreozolowego, zamiast 2% rozczynów lysolu lub evolu, to i tak byłby to środek odkażający znacznie tańszy od lysolu, a nawet nieco tańszy od evolu, a o sile odkażającej mniej więcej jednakiej. Ponieważ jednak 3% rozczyn mydła kreozolowego w wodzie wodociągowej krakowskiej daje dość znaczny strąt, zachodziła więc możliwość, że wskutek powstania tego strątu, zmniejszy się siła odkażająca mydła kreozolowego.

Obecnie wykonaliśmy 15 doświadczeń z 3% rozczynami mydła kreozolowego w krakowskiej wodzie wodociągowej i w wodzie przekroplonej, w której mydło kreozolowe żadnych strątów nie tworzy i daje zupełnie przeźroczysty rozczyn. W każdem doświadczeniu porównywaliśmy wobec różnych bakteryi (coli, subtilis, staphylococcus, diphtheria, mesentericus, typhus) siłę odkażającą 3% rozczynu mydła kreozolowego w wodzie przekroplonej, z siłą odkażającą takiegoż rozczynu w krakowskiej wodzie wodociągowej.

Nie będziemy tutaj przytaczać protokółów wszystkich doświadczeń, które przeprowadzono zupełnie podobnie do doświadczeń, opisanych przy badaniu mydła kreozolowego i evolu. Powiemy tylko, że ani razu rozczyn mydła kreozolowego w wodzie wodociągowej nie okazał się słabszym środkiem odkażającym od rozczynu w wodzie przekroplonej. *Powstawanie więc strątów nie wpływa wcale szkodliwie na siłę odkażającą mydła kreozolowego.*

Wobec tego i Urząd zdrowia w Krakowie będzie używać w miejskim zakładzie dezynfekcyjnym 3% mydła kreozolowego, jako bardzo taniego, a dobrego środka odkażającego.

[1]) Patrz. »Przegląd lek.« 1913, Nr 14 str. 203.

Leczenie powiększonych gruczołów szyjnych

(lymphomata colli)

podał

Dr Adolf Klęsk,

Dyrektor szpitala PP. Ekonomek w Krakowie.

(Dokończenie.)

Poruszona powyżej sprawa blizny ma doniosłość społeczną. Ziembicki doniósł mi, że mimo najdokładniejszego preparowania gruczołów miewał nawroty i fatalne blizny, choć rana goiła się doraźnie. Blizna nietylko szpeci chorego (czy chorą, co ważniejsze), ale nieraz potem przez całe życie jest zawadą i szkodą socyalną. Publiczność przyzwyczaiła się już do przypuszczenia, że gruczoły szyjne są objawem zołzów. Skoro więc u kogo zobaczy się bliznę na szyi, uważa się go tem samem za »skrofulicznego« i nieraz z tego powodu biedne nauczycielki, bony, służące i inne osoby pracujące nie mogą, jako »skrofuliczne«, znaleść dłuższego zajęcia. Odnosi się to nietylko do blizn szpetnych, pozaciąganych, ale nieraz i do blizn linijnych, lecz w miejscu widocznem. Staramy się wprawdzie prowadzić cięcia na szyi w miejscach mało widocznych, jednak przy gruczołach szyjnych nie zawsze się to udaje. Nadto nieraz blizny po gruczołach mają właśnie skłonność do szpetnego zmieniania się. Wszelkie zaś sposoby t. zw. podskórnego operowania, np. sposób Dollingera (cięcie na granicy włosów od tyłu) uważam za sposoby trudne, nieraz niewykonalne, nie doszczętne i mogące wywołać poważne uszkodzenia. Najwdzięczniejsze co do blizn są operacye gruczołów podszczękowych, tu bowiem łatwo ukryć bliznę pod szczęką.

Bezwarunkowo jednak tam, gdzie gruczoły szyjne już się dalej nie powiększają, a sprawa główna jest wyleczoną, operacya doszczętna da najlepszy i najszybszy wynik.

Przejdźmy teraz do sposobów leczenia więcej zachowawczego.

Leczenie to ma za cel wywołanie t. zw, rozejścia się gruczołu, lub gdy to się nie udaje, pobudzenie do ropienia. W okresach ostrych stosujemy okłady, potem jod, gdy gruczoły trwają dłużej i są twarde — wstrzykiwania jodoformu, fenolu, naftolkamfory, fenolkamfory, 1% chlorku cynku (2—6 kropli co 8 dzień w gruczoł) i t. p. Isaia wstrzykuje z dobrym skutkiem podług Durantea płyn Lugola, podobnie i Ziembicki. Calot, który, jak wspomniałem, twierdzi, że każdy gruczoł szyjny wyleczyć można bez operacyi doszczętnej, wstrzykuje w gruczoły twarde fenolkamforę z esencyą terpentynową, a w zropiałe, po wypuszczeniu ropy, mieszankę o składzie następującym: »Rp. Guajacol 1,0, kreozot 5,0, jodoform 10,0, aeth. sulphur. 30,0, ol. olivar. 70,0«. Calot używa bardzo cienkich igieł. a wbija je skośnie, przez skórę poza gruczołem, by uniknąć przetok. Przeciwko stosowaniu jodu przy gruczołach nie zropiałych odzywają się liczne głosy, twierdzące, że jod wywołuje tworzenie się zrostów, a nie brak i takich, którzy twierdzą, że jod wprost usposabia do tworzenia się ropni zimnych (Bier). Próbowano też leczyć gruczoły szyjne wstrzykiwaniami trypsyny. Bätzner (Arch. für klin. Chir. T. 95. I) doniósł o korzystnych wynikach tego leczenia, natomiast wielu odrzuca to leczenie, uważając je za nieczyste, bolesne, a nawet niebezpieczne i nieobliczalne. Calot (Monde Méd. Nr 418) osiąga w 2/3 przypadków wessanie się gruczołów, nawet ogromnych, a w 1/3 zropienie, które leczy zapomocą aspiracyi.

Na przedostatnim Zjeździe niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego odezwały się również liczne głosy za zachowawczem leczeniem gruczołów szyjnych. Quervain np. oznajmił, że obecnie prawie zupełnie już nie operuje, lecz leczy powiększenie gruczołów słońcem i powietrzem. König do tegoż celu stosuje lampę kwarcową. Energicznym środkiem leczenia gruczołów szyjnych okazały się wreszcie promienie Röntgena. Na tymże Zjeździe chirurgów niemieckich doniósł Wilms, że osiąga przez to leczenie wprost znakomite wyniki. Iselin (Kor. f. Schweiz. Aerzt. 1912 Nr 20) również zaleca to leczenie; oddaje mu ono tak cenne usługi, że obecnie operuje on bardzo rzadko doszczętnie i to tylko gruczoły twarde. Wspomaga to leczenie naświetlaniem reszty ciała słońcem. Baisch (Berl. kl. Woch. 1911, Nr 49), uważa za wskazane leczyć promieniami Röntgena te przypadki, gdzie jest dużo porozrzucanych gruczołów, a także stosować to leczenie jako uzupełnienie operacyi w razie uporczywych nawrotów. Z naszych autorów o korzystnem działaniu promieni Röntgena doniósł Sterling (Med. i Kron. lek. 1912, Nr 20); podług niego leczenie to trzeba rozpocząć wczas, gdy niema jeszcze ropienia.

Wielkim zwolennikiem leczenia promieniami Röntgena jest u nas także Steuermark. Stosuje on to leczenie (podług łaskawie ustnie udzielonej mi informacyi) w każdym okresie. W okresie I (przerost) wystarcza zwykle jednorazowe silne naświetlenie. Już po kilku dniach gruczoł zaczyna się zmniejszać, a z pakietów, zaczynają się gruczoły pojedyncze wyosabniać. W okresie II (zserowacenie i ropienie) stosuje się naświetlanie seryami (co 3 tygodnie 3—5 posiedzeń) i tutaj albo szybko następuje zropienie, albo też wessanie. W okresie III (przetoki, zropienie) wygojenie często także dość szybko się zjawia. W razie obecności ropy, Steuermark aspiruje ją i potem stosuje naświetlania. Gruczoły po tem leczeniu zmniejszają się i twardnieją; pozostaje zwykle po nich, jako ślad, guzek wielkości fasoli. Oczywiście trzeba postępować ostrożnie i stosować filtry. Leczenie to uważa Steuermark za bardzo dobre i pewne, oddające przy umiejętnej technice nieocenione usługi.

Nieraz też osiąga się znakomite wyniki przy gruczołach szyjnych, przez leczenie dyetetyczno - słoneczne. Zachwala je bardzo w ostatnich czasach Armand - Delille (Presse méd. 1913, Nr 14). Skutek bywa tu nieraz bardzo dobry, zwłaszcza jeżeli gruczoły nie leżą zbyt głęboko. Znane powszechnie są też doskonałe wyniki leczenia słońcem, zwłaszcza przy gruczołach gruźliczych, uzyskane przez Rolliera w Leysin. W ostatnim czasie zachwala bardzo leczenie słońcem Vulpius (Münch. med. Woch. 1913, Nr 20) Rollier (Monatschr. f. Kindh. 1912, XI. s. 357) dochodzi w swych zapatrywaniach obecnie tak daleko, że uważa zabieg chirurgiczny przy gruźlicy zewnętrznej u osoby młodej poprostu za błąd lekarski. Do słońca trzeba się dopiero stopniowo przyzwyczajać. Tak np. pierwszego dnia wystawia się na działanie promieni słonecznych tylko stopy trzy razy dnia po 5 minut, drugiego na 10 minut, potem golenie i t. d., a w końcu stopniowo całe ciało.

Pozostaje nam jeszcze omówić powiększenie gruczołów specyalnie gruźliczego pochodzenia, względnie u osób gruźliczych. Sprawa ta również przedstawia się rozmaicie, zależnie od wieku chorych. U dzieci spotykamy bardzo rzadko wybitną gruźlicę płuc i dlatego podług zdania kolegów pedyatrów, postępowanie z gruczołami gruźliczymi niewiele się różnić powinno od wspomnianego powyżej. Natomiast u starszych sprawa przedstawia się nieco inaczej. Podług Blosa przy gruźlicy gruczołów szyjnych spotyka się równocześnie mniej więcej w 25% zmiany gruźlicze płuc, a w 14% gruźlicę w innych narządach. W stosunku do wieku Fürnrohr znalazł na stu chorych z gruczołami gruźliczymi wogóle: w pierwszym dziesiątku lat gruczoły gruźlicze 9.5%, w drugim dziesiątku 31·7%, w trzecim 44·4% w czwartym 7·9%. Widzimy z tego że gruczoły gruźlicze (w przeciwieństwie do gruczołów u dzieci) występują najczęściej między 15—30 rokiem życia, Dłuski w sprawie tej oświadcza, co następuje: »U osób gruźliczych powyżej 20. roku życia, gruczoły szyjne wielkości orzecha włoskiego i większe, pojedyncze lub w łańcuchu, zdarzają się bardzo rzadko. Natomiast niemal w 1/3 przypadków spotykamy gruczoły szyjne wielkości fasoli, grochu lub soczewicy albo t. zw. polymikroadenie«.

Gruźlica gruczołów bardzo często sadowi się w specyalnych miejscach, a należą do nich głównie dolne boczne części szyi nad obojczykiem, poza mięśniem mostkowosutkowoobojczykowym i koło ucha. Badania röntgenologiczne wykazały, że niezmiernie często ulegają gruźliczemu zajęciu gruczoły śródpiersia, stając się potem nierzadko punktem wyjścia gruźlicy szerzącej się następnie w kierunku szczytów, ku pasze lub ku dolnemu płatowi płuca. I nieraz też u osób dorosłych spotykamy pod pachą, a nawet na klatce piersiowej powiększone typowe gruczoły gruźlicze. Żebrowski (Przegląd lek. 1910, Nr 48—51) zwrócił u nas uwagę na dość częste występowanie gruczołów na klatce piersiowej przy gruźlicy płuc. Gruczoły te występują mniej więcej u 1/5 chorych i mogą nawet być ważnym szczegółem rozpoznawczym, bo przy innych cierpieniach zjawiają się one tu bardzo rzadko. Podług Żebrowskiego gruczoły na klatce piersiowej występują znacznie częściej, niż gruczoły szyjne lub pachowe, bo zakażenie ich odbywać się ma wprost z płuc przez klatkę piersiową. I tak u chorych na gruźlicę znalazł Żebrowski gruczoły szyjne powiększone u 2·05%, pachowe w 1·17% nadobojczykowe w 0·32%, a piersiowe w przeszło 20%. Wielu badaczy twierdzi, że gruźlicze gruczoły szyjne są niejako dalszym widocznym łańcuchem gruczołów śródpiersia i dlatego jest tego zdania, że operowanie tych gruczołów chybia celu, bo nie usuwamy niejako źródła choroby, ale mimo to nieraz i tak operować trzeba. Tak np. operujemy przecież mimo częstych zmian w płucach, gruźlicę nerki, otrzewnej, gruźlicę kostną i t. p. i mimo tego osiągamy wcale dobre wyniki. Wiszniewski w pracy swej o gruźlicy chirurgicznej (Medyc. i Kron. lek. 1911, Nr 37) uważa nawet wyłuszczanie gruczołów za najwdzięczniejszy zabieg w chirurgii gruźlicy; wszystkie przypadki operowane (29) w szpitalu N. M. P. w Siedlcach, skończyć się miały wyzdrowieniem (czy trwałem?).

Jordan pod tym względem podaje ciekawe zestawie-

nie: ze 140 chorych, dotkniętych powiększeniem gruczołów szyjnych u 20 znaleziono wybitne zmiany w płucach. Z tego u 16 stwierdzono przy następowem badaniu w pewien czas po operacyi brak nawrotu w gruczołach, a w płucach bardzo wybitną poprawę. U innych 13 chorych po operacyi rozwinęły się powikłania płucne, a z tych chorych u 11 stwierdzono nawrót gruczołów. Związek więc obu tych cierpień jest bardzo wybitny i to w tym kierunku, że nieraz usunięcie gruczołów szyjnych może wpłynąć korzystnie na zmiany w płucach, choć usunięcie gruczołów nie chroni bezwzględnie od dalszego rozwijania się gruźlicy, a ta znów powodować może nawroty gruczołów. Często przez leczenie dyetetyczno-klimatyczne osiągnąć można i u dorosłych osób wybitne zmniejszanie się lub nawet i znikanie gruczołów, o czem wspomina też Dłuski, ale z drugiej strony, nawet przy większych zmianach w płucach, nieraz zmuszeni będziemy walczyć z tem dostępnem dla nas ogniskiem gruźliczem, podobnie jak z każdem innem w ustroju, zwłaszcza jeżeli nabierzemy przekonania, że gruczoły te, wpływają ujemnie nie tylko na stan płuc, ale i na ogólny stan chorych. I nieraz też po operacyach, wykonanych z tego wskazania, spostrzegamy wprost zdumiewające wyniki co do poprawy stanu ogólnego. Oczywiście nie ma się nawet co namyślać, gdy gruczoły miękną lub już nawet stwierdzić w nich można ropę.

Gruczoły gruźlicze starano się leczyć także tuberkulinami. Wilms twierdzi, że gdy odczyn Pirqueta jest silnie dodatni, to leczenie tuberkuliną jest zbyteczne. Korzystnie o leczeniu tuberkuliną wyrażają się Löw, König, Sonnenburg, Anschütz, natomiast sceptycznie Riedel, Kümmell i Klapp. Fraser i J. P. Mc. Gowan (Lancet 24. VIII. 1912), osiągali podobno bardzo dobre wyniki przy gruźlicy gruczołów, lecząc je szczepionkami branemi z chorego. Najlepiej nadają się do tego, według tych autorów, masy serowate, które rozciera się rozczynem soli kuchennej, następnie wyjaławia i wstrzykuje z początku 5—10 cm^3 płynu.

W razie stwierdzenia ropy w gruczole, trzeba ją jak najrychlej usunąć. Wspomnieliśmy już o sposobie leczenia Calota. Słusznie jednak zauważa Ziembicki, że igłą strzykawki nie udaje się usunąć dokładnie rozpadłych nieraz cząstek gruczołu i dlatego co kilka, lub kilkanaście dni robi on cienkim nożykiem małe nakłucie, wypuszcza co się da i wstrzykuje potem płyn Calota lub Lugola. Cięcia te są tak mało widocznie, że nie szpecą wcale chorego, zabliźniają się natychmiast, szczególnie jeżeli zrobi się je nie prostopadle przez skórę nad gruczołem, ale przez zdrową część skóry skośnie. Ja osobiście w podobnych przypadkach postępuję o tyle inaczej, że po wspomnianem nakłuciu, zakładam bańkę Klappa, a po wydobyciu ropy, wsuwam drucikowym zgłębnikiem maleńki setonik i powtarzam ssanie codzień. Gojenie się następuje przytem bardzo prędko, nieraz w kilka do kilkunastu dni, a blizna jest również niewidoczną. W ten sposób zdarzało mi się nieraz u kobiet wyleczyć i kilka naraz gruczołów bez oszpecenia. Pewną trudność po wypuszczeniu ropy sprawić może czasem wsunięcie setonika, albowiem wskutek zapadnięcia się otworu w gruczole przesuwa się zwykle po za otwór skórny i wtedy zgłębnikiem trzeba dopiero setonikowi utorować drogę. Leczenie przez zwykłe nakłucie i wstrzykiwania płynów jest znacznie dłuższe i niecierpliwi chorych, bo widzą oni ciągłe zbieranie się nanowo ropy w gruczole. Obawy utworzenia się przetoki po tak małem cięciu nie ma, a z pewnością i po nakłuciach gdy sprawa jest złośliwą, wytworzyć by się ona mogła. Willems (Rev. mens. des malad de l'enf. X. 1912) przy gruczołach gruźliczych w okresie nacieku smaruje skórę nad gruczołami 10% kollodyonem jodoformowym, nakładając grubą jego warstwę aż po za granicę guza. Działanie uciskowe odgrywać ma tu także wielką rolę. Zmniejszanie się gruczołu powinno wystąpić wyraźnie już po kilku dniach, a jeżeli nie nastąpi, w takim razie przypuszczać należy, że gruczoł jest zserowaciały. Wtedy W. nakłuwa szczyt gruczołu cienkim nożykiem, a przez otwór wsuwa do gruczołu sączek, który po ustaleniu agrafką obcina równo ze skórą. Następnie wywiera się na sam gruczoł ucisk w celu wypróżnienia z niego treści serowatej. W. zwraca przedewszystkiem uwagę na to, by opatrywać sucho gazą jodoformową, bo przez to najłatwiej zapobiega się zakażeniu mieszanemu. Leczenie to trwa 3—4 tygodni.

Bardzo przykre jest leczenie spraw zaniedbanych, przy których spotykamy przetoki, owrzodzenia i podminowania. skóry, granulacye niezdrowe, a nieraz zakażenie mieszane Tutaj blizna nie wchodzi już oczywiście w rachubę i najlepiej całe ognisko wyciąć zupełnie, przyczem udaje się zresztą osiągnąć bliznę linijną. Niestety nieraz sprawa jest zbyt rozległą i ograniczyć się możemy tylko do energicznego wyskrobania, wycięcia lub obcięcia skóry podminowanej lub owrzodziałej i do tamponady. Do następowego leczenia takich spraw podano liczne środki. Bezwarunkowo i nadal musimy uważać jodoform za środek nieraz swoiście działający. Z nowszych środków niezłe usługi nieraz oddaje almateina i nowojodyna. Blos zachwala ester allylowy kwasu cynamonowego. W ostatnich czasach zaczęto znów powracać do zgęszczonego kwasu karbolowego. Odczyszcza on znakomicie gruźlicze rany, na ziarninę działa korzystnie i nieraz gojenie się postępuje potem nader szybko. Doświadczenie moje w licznych przypadkach, leczonych w ten sposób w zakładzie P.P. Ekonomek, przemawia bardzo za stosowaniem kwasu karbolowego. Przpominam sobie zwłaszcza jeden przypadek rozległych owrzodzeń gruźliczych po gruczołach szyjnych, które nie tylko zajmowały całą niemal szyję, ale schodziły na przednią część ciała klatki piersiowej aż do połowy mostka — chorą tę leczono już kilka miesięcy bezkutecznie w innym zakładzie. Pod wpływem karbolizowania owrzodzenia goiły się bardzo szybko przyczem zauważyłem, że właśnie miejsca nie karbolizowane, leczone dla porównania innym środkiem, nie okazywały skłonności do gojenia się. Maść szkarłatowa w przypadkach takich jest zwykle bezkuteczna.

W przypadkach zaniedbanych osiąga się nieraz znakomite wyniki przez leczenie kąpielowe, słoneczne, a także promieniami Röntgena. Zwłaszcza Leonard z Filadelfii (J. of. Amer. med. Ass. 1910 T. 54 Nr 20) zachwala bardzo to leczenie przy gruźlicy gruczołów najbardziej zaniedbanych z przetokami. Przetoki gruczołowe leczą też wstrzykiwaniami pasty Becka. Lotheisen używa do tego celu pasty z nowojodyną.

W ostatnich czasach zaczęto wreszcie leczyć, podobno z dobrym skutkiem, gruźlicę zewnętrzną, metalami zwłaszcza złotem i miedzią w postaci wstrzykiwań lub maści, a także jodem w połączeniu z błękitem metylenowym. Donoszą o tem Bruck i Glück (Münch. med. Woch. 1913 Nr 2), aurum-kalnim cyanatum) Strauss (Münch. med. Woch. 1912 Nr 50, miedź i jod z błękitem metylenowym) i Linden (Münch. med. Woch. 1912 Nr 47) Hermann (Münch. med. Woch. 1912 Nr 34) zaleca znów w leczeniu gruźlicy chirurgicznej wyciąg z rośliny (z gatunku malw) »Sida rhombifolia Cubilguitziana«, nazwanej przez indyan »mesbé«. Podobnie Neuber był bardzo zadowolony z wyników leczenia tym środkiem. Mandl (Deut. med. Woch. 1912 Nr 51) na ziarninę gruźliczą zaleca swój środek t. zw. ulsanin, który w zetknięciu z tkankami wywiązuje energicznie jod i tlen »in statu nascendi«.

Jeszcze jedna praktyczna uwaga. Gruczoły szyjne zwiększają się prawie zawsze w ten sposób, że tworzą się nowe coraz to wyżej ku górze a rzadto w kierunku odwrotnym. Najwdzięczniejsze też w leczeniu są gruczoły podszczękowe, natomiast przy gruczołach leżących nizko, zachodzi obawa że i górne po nad niemi ulegną zwiększeniu i dlatego przy gruczołach leżących nizko nie trzeba długo zwlekać z ewentualnym zabiegiem.

Gruczoły występujące, w przebiegu chorób zakaźnych spotyka zwykle los taki, że albo rychło ropieją, albo też ulegają wessaniu, tak że niezmiernie rzadko trzeba leczyć je doszczętnie operacyjnie.

Zbierając w końcu nasze uwagi zawarte w pracy niniejszej, streścimy je następująco:

1) Ze względu na to, że nieraz udaje się nam wyleczyć chorych z powiększenia gruczołów i bez szpecącej blizny, a z drugiej strony, że i po operacyach doszczętnych prawie w połowie przypadków występują nawroty, nie powinniśmy zbyt spieszyć się z operacyą i zawsze przedtem stosować przedewszystkiem leczenie sprawy, wywołującej powiększenie się gruczołów, a także leczenie miejscowe.

2) U dzieci mniej więcej do 15 roku życia, operacya bywa zwykle zbyteczna i gruczoły da się wyleczyć innymi sposobami bez zabiegu doszczętnego.

3) Operacya doszczętna jest przeciwskazaną, gdy gruczoł czy gruczoły są bolesne, w stanie ciągłego narastania (leczyć sprawę główną!), gdy gruczoły mają skłonność do ropienia (a chorych możemy ciągle nadzorować), gdy gruczoły maleją.

4) Operacya doszczętna jest wskazana: gdy gruczoły opierają się dłuższy czas wszelkiemu leczeniu, gdy chodzi choremu o szybkie pozbycie się ich, gdy mimo wyleczenia sprawy głównej gruczoły nie znikają, gdy możemy bliznę ukryć.

5) Operacya doszczętna jest konieczna: gdy stan ogólny chorego tego wymaga, gdy gruczoły mają skłonność do rozpadania się i tworzenia przetok, gdy gruczoły dosięgły zbyt wielkich rozmiarów i sprawiają dolegliwości, gdy zagraża ropowica.

6) Nawet przy gruczołach twardych, możemy próbować wywołać w nich ropienie, bo wynik kosmetyczny będzie potem lepszy, niż po bliźnie z wycięcia gruczołów.

7) Jeżeli jest czas i środki po temu, możemy doradzać chorym leczenie dyetyczno-klimatyczne, słoneczne lub promieniami Röntgena, celem uchronienia ich od blizny pooperacyjnej.

8) Przy gruźlicy gruczołów wczesny zabieg jest zupełnie uprawniony, zwłaszcza jeżeli nabierzemy pewności, że nie chodzi tu już o przerost zwykły (I okres), lecz że gruczoły są zserowaciałe i wtedy nawet usunąć je powinniśmy, podobnie jak każde inne dostępne ognisko gruźlicze w ustroju.

9) Przy ciągłych nawrotach cierpienia powinniśmy stosować leczenie stanu ogólnego, miejscowo zaś leczenie promieniami Röntgena, słońcem, lampą kwarcową, względnie wstrzykiwaniami środków wyżej podanych.

10) Lecząc chorych zachowawczo powinniźmy śledzić ciągle stan gruczołów, by niedopuścić do utworzenia się przetok i owrzodzeń względnie szpetnych blizn, gdyż leczenie to w przeciwieństwie do zabiegu doszczętnego. ma chorych właśnie od blizny uchronić.

11) U dzieci w wieku szkolnym wczesne leczenie zepsutych zębów jest nietylko dzielnym zapobiegawczym ale i leczniczym środkiem przeciwko zwiększaniu się gruczołów szyjnych, podobnie i leczenie migdałków.

Oceny i sprawozdania.

Stefan Gaszyński: **Akuszerya dla użytku lekarzy i uczniów szkół położniczych.** Warszawa 1912.

Mamy przed sobą pierwszy tom dużego dzieła, obejmujący całą fizyologię i patologię ciąży porodu i połogu; w drugim tomie mają być przedstawione operacye położnicze. Na ogół w dziele tem widzimy olbrzymi nakład pracy żmudnej i rzetelnej, a prócz tego spotykamy bardzo staranne i, zdaje mi się, zupełnie wyczerpujące zestawienie wszystkich prac polskich, tyczących się położnictwa, za co należy autorowi wyrazić szczególniejsze uznanie i wdzięczność.

Podręcznik swój w pierwszym tomie podzielił autor na cztery działy, w części pierwszej poprzedzonej działem bibliograficznym przedstawił anatomię miednicy i części rodnych niewieścich, oraz techniczną budowę miednicy, w części drugiej przedstawił fizyologię i patologię ciąży porodu i połogu, w trzeciej mechanikę porodu, wreszcie w czwartej wadliwości w rozwoju i usadowieniu się jaja płodowego.

Autor w całem dziele starał się jak najdokładniej uwzględnić wszelkie zdobycze wiedzy, zbierał z literatury obcej i naszej wszelkie szczegóły i ugrupował je obok siebie nieco inaczej, jak zwykliśmy to czytać najczęściej w podręcznikach.

Ta właśnie okoliczność, jak i obokległe przedstawienie fizyologii i patologii czyni dzieło autora raczej podręcznikiem dla lekarzy, a nawet dla lekarzy-specyalistów, a mniej sposobnem źródłem nauki dla uczniów, dla których utrudniają znacznie oryentacyę tak podział ten przedstawienia wiadomości, jak i zbyt liczne szczegóły.

Wydawnictwo dzieła pod każdym względem zupełnie poprawne zilustrował autor 360 rycinami, zaczerpniętemi z najlepszych wydawnictw, co jest wielką zaletą dzieła ułatwiającą bardzo zrozumienie tekstu.

Życzymy autorowi, by i drugi tom dzieła znalazł się jak najrychlej na półkach księgarskich, a całość ta stanie się bardzo użytecznym dorobkiem nauki polskiej.

Dobrowolski.

Dr Leon Wasilewski: **Krótki zarys chorób kobiecych. Podręcznik dla użytku akuszerek.** Częstochowa 1913.

Autor w przedmowie usprawiedliwia napisanie tej broszury brakiem podręcznika chorób kobiecych dla akuszerek, zastosowanego do programu, obowiązującego w szkołach położniczych. Jakkolwiek program ten (w Królestwie) jest mi nieznany, rozumiem jednak, że obznajamianie akuszerek z pewnymi objawami chorobowymi, towarzyszącymi chorobom kobiecym, ma wcale inny cel, niż to, co autor przedstawia w podręczniku. Jest to bowiem na ogół krótkie i bardzo niedokładne repetytoryum podręcznika chorób kobiecych, a nie pouczenie akuszerek o ważności i znaczeniu objawów chorobowych, któreby umożliwiało akuszerkom przypuszczać pewne choroby kobiece i na czas skierowywać chore kobiety do lekarza.

Autor żąda od akuszerki, by nauczyła się badania ginekologicznego, a na podstawie dokładnego badania umiała dojść do rozpoznania i zdać sobie sprawę z etyologii stwierdzonego schorzenia. Uważam badanie ginekologiczne za technicznie trudne, a rozpoznawanie na podstawie badania za niemożliwe dla osoby, która nie zna całości medycyny. Odgadywanie zaś form chorobowych na podstawie niedokładnego i niezrozumiałego dla badającej badania musi przynosić szkody badanym, a nie pożytek.

Przechodząc w sześciu rozdziałach choroby części rodnych, podaje autor przy każdem określaniu jednostki chorobowej przyczyny schorzenia, rozpoznanie, objawy i leczenie tak, jak przywykliśmy to ugrupowanie spotykać w podręcznikach dla lekarzy. Przez takie przedstawienie rzeczy poleca autor pośrednio stosować akuszerkom cały szereg zabiegów leczniczych, do czego one bez polecenia lekarza chyba nie mają żadnego uprawnienia. Ileż złego muszą robić te akuszerki, które na własną rękę będą leczyć upławy, krwawienia i zboczenia w położeniach macicy, które same mają rozpoznawać nowotwory części rodnych i rozstrzygać o tem, co w poszczególnych przypadkach należy robić leczniczo? Z całej broszury uważam za najfatalniejszy ustęp o raku macicy, autor bowiem nie zwraca wiele uwagi na początkowe objawy schorzenia, natomiast przedstawia chorą

rakową i łatwość rozpoznania choroby »w okresie jej zupełnego rozwoju«. Czyż to nie stoi w sprzeczności z walką społeczną w sprawie raka? czy autor nie docenia różnicy wczesnego rozpoznania raka od rozpoznania tego schorzenia w pełni rozwoju choroby?

Wiem doskonale, że popularne przedstawienie typów chorobowych należy do zadań bardzo trudnych; zdaniem mojem trudności tych autor nie docenił i dlatego dał w ręce akuszerkom podręcznik, który pamięciowo może im pozwolić zdać dobrze egzamin, ale nie uczyni ich zdolnemi do dawania tych rad, do jakich są powołane, a mianowicie do zwracania chorym uwagi na bardzo wczesne objawy chorobowe i zwracania chorych na czas do lekarzy. Chyba tylko ten jeden cel mieli na oku ci, którzy kazali wpajać akuszerkom pewne pojęcie o chorobach kobiecych.

Dobrowolski.

Jessner S. **Lehrbuch der Haut- und Geschlechtsleiden.** II. Band. Geschlechtskrankheiten (z 24 barwnymi rysunkami na 22 tablicach i 28 rycinami w tekscie. Würzburg, C. Kabitz, 1913.

Niniejszy tom dzieła, którego tom pierwszy (choroby skórne) omawiałem w jednym z poprzednich numerów »Przeglądu«, obejmuje choroby weneryczne t. j. wrzód weneryczny, kiłę i rzeżączkę, jakoteż tychże powikłania. Te same dodatnie znamiona, o których wspomniałem przy ocenie tomu poprzedniego, występują i w niniejszym bardzo wybitnie. Układ tematu, zwięzłość i jasność stylu, ograniczanie się do rzeczy ważnych z umiejętnem pomijaniem szczegółów, — czynią ten podręcznik prawdziwie odpowiednim dla uczącej się młodzieży. Autor uwzględnia jednak, nie rozwodząc się zbytecznie, wszystkie nowsze zdobycze na polu etyologii (krętek blady), rozpoznania (odczyny krwi) i leczenia (salwarsan) kiły, nie pomijając również zmiany, powstałej skutkiem tego olbrzymiego postępu, w zapatrywaniach na wiele zagadnień w patologii kiły. W leczeniu rzeżączki omawia J. w krótkości leczenie szczepionkami, a w końcu podręcznika daje króciutki rys metod bakteryologicznego i serologicznego badania. Cena całości dzieła (oba tomy M. 16) jest w stosunku do ilości doskonale wykonanych barwnych tablic, umiejętnie wybranych dla objaśnienia zmian chorobowych i wobec zalet wydawnictwa (papier, druk), wcale przystępna. Prof. Krzyształowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Wolff. **Aseptyczna enterostomia.** (Zbl. f. Chir. 1913. Nr 30). W. (ze Lwowa) zaleca następujący sposób enterostomii na zaciśniętej pętli jelita zakłada $1^1/_2$ cm długi owalny szew kapciuchowy, otwiera jelito, wprowadza tamże dren i szew szczelnie zaciska. Pętle umocowuje w ranie brzusznej, a dren przy skórze. Enterostomia w ten sposób wykonana, jest szczelna, czysta i zapobiega możliwemu zakażeniu otrzewnej. K.

Garre. **Leczenie gruźlicy kości i stawów.** (Arch. f. klin. Chir. 101, II). G. opiera swe doświadczenia na 1000 leczonych przypadkach. Przy gruźlicy barku u dorosłych wycięcie oddaje bardzo dobre wyniki. Przy gruźlicy ręki postępuje się najpierw zachowawczo, a dopiero w razie nieskuteczności tego leczenia, wycina się. Przy coxitis leczenie zachowawcze oddaje zwykle dobre usługi, dążymy tu do osiągnięcia zesztywnienia biodra w dobrem położeniu. Leczenie trwa około trzech lat. Operować należy w razie ciągłego ropienia, podupadania stanu ogólnego i martwiaków. W kolanie leczenie zachowawcze daje gorsze wyniki jak operacya, nawet u osobników młodszych i dlatego G. wycina staw nawet u młodych w razie przetok, zniszczenia chrząstek, zwichnięć patologicznych, martwiaków i ciężkiego grzyba stawowego. Przy gruźlicy stopy leczenie zachowawcze w początkach, przy przetokach i zniszczeniu kości operacyjne. W wieku późnym nieraz pozostaje tylko amputacya. Leczenie promieniami Röntgena nie oddało G. żadnych wybitnych wyników. Główny nacisk kłaść należy na leczenie stanu ogólnego. K.

Kümmell. **Dalszy los chorych z wyciętą nerką.** (Arch. f. klin. Chir. 101, II). Statystyka Kümmella obejmuje 386 wycięć nerki. Los chorych rozstrzyga się w pierwszym roku po operacyi. Część chorych operowanych z powodu nowotworów, ciężkiej gruźlicy, lub roponercza zwykle wtedy umiera. Z operowanych z powodu gruźlicy 75—80% pozostaje stale wyleczonych, o ile nie była zajęta druga nerka, bo wtedy zwykle do 4 lat chorzy ulegają cierpieniu. Dopiero po 4 latach dobrego stanu, można mówić o stałem wyleczeniu, zwłaszcza gdy mocz nie przedstawia zmian chorobowych. W normalnych warunkach białko pochodzące z pozostałej nerki znika rychło. Nawet przy zmianach gruźliczych mniejszego stopnia w nerce drugiej, spostrzegł K. tak wybitną poprawę, że uważać ją można za wyleczenie. Należy jednak operować wcześnie, a wtedy i wyniki będą znacznie lepsze. K.

Bary. **Przyszłość chorych z wyciętą nerką.** (Bull. méd. 1913. 26, II). Po wycięciu nerki chorej, stan gruczołów nie różni się zupełnie od zdrowych w razie, gdy pozostała nerka jest zdrową. Pacyenci tacy znoszą zupełnie dobrze i ciężkie inne operacye, a kobiety odbywają ciąże normalnie. Wyniki operacyi nowotworów pierwotnych nerki dają bardzo dobre widoki na przyszłość. Przy gruźlicy nerki po wycięciu tejże, los chorych zależy od stanu drugiej nerki, a zwłaszcza od pęcherza, choć nieraz zmiany w pęcherzu goją się dziwnie szybko po usunięciu chorej nerki, ta bowiem była dla niego źródłem zakażenia. Białko pochodzące nieraz z podrażnienia pozostałej nerki, ustępuje po opera-

cyi szybko. Należy jednak nie zwlekać nigdy zbyt długo z zamierzonem wycięciem schorzałego organu. K.

Jüngling. **Czy sposób odkażania skóry jodyną kryje w sobie niebezpieczeństwo zatrucia jodem dla operującego lekarza?** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 32). W ostatnich czasach zaczęto przestrzegać przed stosowaniem odkażania skóry jodyną, a to z obawy wystąpienia zatrucia jodem u operatorów. Wiadomo, że jod powoduje wybitną lymphocytozę, otóż tę lymphocytozę wykazywano właśnie u osób zajętych przy operacyach. J. w tym celu przeprowadził szereg bardzo skrupulatnych doświadczeń, badając powietrze sal operacyjnych na zawartość jodu, jakoteż krew personalu zajętego przy operacyach i doszedł do przekonania, że obawa ta jest zupełnie płonną, bo chodzi tu o tak minimalne części jodu, że wchodzić one w ogóle nie mogą w rachubę. K.

Wiegels. **Niedrożność jelit a zapalenie wyrostka robaczkowego.** (Münch. med. Klin. 1913, Nr 30). Zapalenie wyrostka robaczkowego może w każdem stadyum wywołać niedrożność jelit. Bardzo często n. p. operujemy niedrożność jelit i znajdujemy zgorzelinowy wyrostek. Także w późniejszych stadyach może niedrożność jelit pokrywać cały obraz chorobowy. Przyczynami tej niedrożności mogą być: ropnie, zrosty i kątowate zagięcia. Ucisk powodować mogą zwykle zapalne postronki, sieć, sam wyrostek i appendices epiploicae. Zwykle ulega uciskowi jelito cienkie, rzadko już grube. Późną niedrożność mogą też powodować uwięzgnięcia w przepuklinach powstałych po operacyi ropnego zajęcia wyrostka. Wczesne operowanie wyrostka zapobiega powstawaniu tych powikłań i jest to też ważny powód przemawiający za wczesną o ile możności operacyą zapalenia wyrostka. K.

Neurologia i psychiatrya.

Bornstein. **Przemiana materyi w chorobach umysłowych.** (München. med. Wochenschrift, 1913, Nr 36). W pierwszym szeregu doświadczeń autor badał surowicę krwi chorych umysłowo na zawartość ciał tłuszczowatych, posiadających fosfor, jak lecytyna. Jak wiadomo, w surowicy, osób normalnych lecytyna znajduje się w ilości 1,8—2,4 pro mille; zwiększenie zawartości lecytyny w surowicy autor stwierdził w wypadkach porażenia postępującego, padaczki i stwardnienia wieloogniskowego; dochodzące do 3,0 — 4,0 pro mille. Takie powiększenie zawartości lecytyny autor stawia w związku z rozpadem istoty mózgowej, zawierającej ciała tłuszczowe, podobnie jak Abderhalden i Tauser stwierdzili rozpad taki dla istoty białkowej mózgu. W innym szeregu doświadczeń autor badał zachowanie się przemiany gazowej przy oddechaniu w rozmaitych postaciach chorób umysłowych. W tych badaniach stwierdzone zostało dosyć znaczne obniżenie zdolności przemiany gazowej u chorych na otępienie wczesne, dochodzące w niektórych wypadkach do 75—78% w stosunku do warunków normalnych. Obniżenie takie autor tłumaczy przez wadliwą czynność gruczołów płciowych, występującą w tej postaci chorób umysłowych, popierając swe przypuszczenie spostrzeżeniem, że w czasie dojrzewania płciowego również obserwowano obniżenie intenzywności sprawy utleniania. Na otępienie wczesne autor zapatruje się jako na swego rodzaju nienormalnie wybujałe i nienormalnie przebiegające dojrzewanie płciowe, uzewnętrzniające się z jednej strony w zaburzeniu przemiany materyi, a z drugiej strony w chorobie umysłowej. W. Grzywo-Dąbrowski.

Berger. **Stwierdzenie obecności krętka bladego w mózgach cierpiących na porażenie postępujące za pomocą doświadczeń nad zwierzętami.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, Nr 35). Za pomocą nakłucia mózgowego autor wydobywał cząsteczki istoty mózgowej i zastrzykiwał je do jąder królików. Badanie takie wykonane zostało u 20 cierpiących na porażenie postępujące, których substancya mózgowa wstrzykniętą została do jąder 20 królików. Badanie 17 królików tak ogólne, jak w szczególności jąder ich nie wykazało ani zmian kiłowych, ani obecności krętków bladych. U 3 pozostałych królików, zabitych po 81, 110 i 69 dniach, znaleziono liczne typowe krętki blade; żadnych swoistych zmian kiłowych w jądrach tych królików ani na skórze nie było; tylko u jednego stwierdzono mikroskopowo twór, odpowiadający kilakowi. Nakłucie mózgowe znosili chorzy bardzo dobrze. W jednym tylko przypadku hemofilika przyszło do zejścia śmiertelnego, z powodu skrwawienia. W. Grzywo-Dąbrowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XXIII. Ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w d. 7. (20) grudnia 1912 roku.

Przewodniczy prezes prof. Ziemacki. Obecnych członków 30, gości 10. Prezes otwierając posiedzenie wita gościa Dra Polaka z Warszawy.

Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż w Borzomie (Kaukaz) zmarł w wieku lat 66 członek korespondent »Związku« Dr Edward Adamowicz i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Sekretarz Doc. Sowiński odczytuje uchwałę Wydziału lekarskiego w sprawie wartości leczniczej naturalnej wody mineralnej z pod gór Uralskich (»Spirydonowskiej«), odpowiedni protokół komisyi i odnośne badania członków komisyi.

Dyskusya: a) Inż. górn. Kotarski zastrzegając na wstępie, że po raz pierwszy spotyka się z tą sprawą, wyraża zdumienie, że w zawiadomieniach jest mowa o uchwale Wydziału lekarskiego, chociaż poprzednio w żadnem zawiadomieniu żadnego wydziału mowy ani o tej sprawie, ani o projekcie uchwały w tej sprawie nie było. Zaznacza następnie, zwracając się do sekretarza administracyjnego, że zawiadomienia Związku powinny odpowiadać powadze instytucyi naukowej. Słowa — »woda mineralna z pod gór Uralskich« — nie są określeniem naukowem: ani pod względem geograficznym, ani geologicznym nie mówią nic. Jakiż bowiem sens może mieć określenie »z pod gór Uralskich«, jeżeli geograficznie obejmuje ono terytoryum przeszło 1000 kilometrów wzdłuż i przeszło 500 wszerz, zaś geologicznie zawiera nieomal wszystkie pokłady, począwszy od bazaltów i kończąc na najnowszych. Rzek, rzeczułek i źródeł na tem terytoryum są miliony. Następnie mowca zatrzymuje się obszernie nad sprawą ogólną, zasadniczą, dotyczącą wydawania przez »Związek« zaświadczeń i uchwał. Zaleca tu wielką oględność, ostrzega przed pośpiechem w rozstrzyganiu takich spraw, szczególniej zaś, gdy zaświadczenia takie mogą mieć znaczenie handlowe. Tem bardziej zaleca się ostrożność w sprawach, dotyczących zdrowia. Nie dotykając bynajmniej wartości leczniczej tej wody, mówca wyraża zdanie, że praca wykonana przez komisyę Wydziału lekarskiego pod żadnym względem nie może być uznana za wystarczającą dla wydania jakiejkolwiek opinii w sprawie tego źródła, a tembardziej zbyt mało dostarcza danych dla tak określonego zalecania jej do użytku klinicznego. Nikt z członków tej komisyi, a nawet, zdaje się, nikt z członków »Związku« u źródła nie był, źródła tego nie widział, prób wody źródlanej nie brał, żadnych pomiarów, badań ani doświadczeń nie robił. Badań klinicznych, najważniejszych dla tej sprawy, komisya nie robiła wcale. Ściśle mówiąc zrobiono tylko dwa badania wody butelkowej. Nazwiska osób, które te badania bakteryologiczne wykonywały, dają zupełną gwarancyę co do ich ścisłości i dokładności. Lecz jakiż z nich można wyciągnąć wniosek? Tylko ten, że woda w dostarczonych butelkach w określonym czasie zawierała określoną ilość określonych drobnoustrojów i nic więcej. Na zasadzie tych dwu badań nie można wnosić nawet o stanie bakteryologicznym wody w źródle, a cóż dopiero o jej ilości, jakości i własnościach leczniczych. Komisya powołuje się w swem sprawozdaniu na dość nieokreślone prace innych instytucyi i osób. Najodpowiedniejszem więc rozstrzygnięciem sprawy bę-

dzie, gdyby te instytucye lub osoby wydały w swojem imieniu i z własnym podpisem odpowiednie zaświadczenia. »Związek« zaś na zasadzie tego, co nam przedstawiono, nietylko żadnych zaświadczeń wydawać, ale nic określonego powiedzieć o tej wodzie i o tem źródle nie może. (Streszczenie własne).

b) Inż. Kiciński przypuszcza, że wyniki badań, dokonanych przez członków »Związku« są ścisłe; jednak wypowiada zdanie przeciw wszelkiej aprobacie ze strony »Związku«. »Związek« może tylko przyjąć do wiadomości i nic więcej, a Wydział lekarski niech postąpi, jak uważa za odpowiednie.

c) Dr Zboromirski zaznacza, że wielka to różnica, czy badać wodę ze źródła, czy też z butelek, więc badania takie mają tem większe znaczenie. Jeżeli w butelkach daje się stwierdzić znaczna ilość drobnoustrojów, to zależy to od eksportu. W końcu mowca podkreśla, że badał tylko 10 butelek tej wody i tylko o takiej ilości może mówić.

d) Dr Wł. Jastrzębski zapytuje, jaki jest charakter odezwy, czy to nie dla reklamy?

e) Prof. Zaleski: Nietylko jako prezes wyznaczonej przez »Związek« komisyi, lecz i jako specyalista-krenolog, badacz i znawca prawie wszystkich eksploatowanych i wielu nieeksploatowanych źródeł mineralnych rosyjskich, zbijając punkt za punktem twierdzenia oponentów i głównie inż. górn. p. Z. Kotarskiego, wskazał mowca przedewszystkiem, że opinii co do własności wody leczniczej t. zw. Spirydonowskiej zażądał prezes »Związku« od tego właśnie Wydziału, który jest w sprawach tego rodzaju najwięcej, jeżeli nie jedynie kompetentny, a więc od lekarskiego, na posiedzeniu tegoż 12 (25) października 1912 r. Wydział, wysłuchawszy na temże posiedzeniu odnośnego referatu i zapoznawszy się in gremio z przedstawionemi próbami wody i literaturą przedmiotu, powodując się właśnie względami wszelkiej ostrożności, wyznaczył dla dokładniejszego zbadania tej sprawy, co do której już wtedy odniósł korzystne wrażenie, osobną komisyę, w skład której weszli specyaliści, jaknajbliżej stojący tego przedmiotu i należący nietylko do Wydziału lekarskiego, lecz i do przyrodniczego. Ponieważ nie chodziło w danym razie o jakieś zagadnienia natury technicznej, któreby mogły powstać dopiero wtedy, gdyby sprawa zasadniczo była postawiona inaczej i gdyby poruszono sprawę zmiany ujęcia źródła, więc w danym razie o stronie balneo-technicznej przedmiotu nie było nawet i mowy. I Wydział zatem i komisya w następstwie, jak to widać z tylko co odczytanego sprawozdania, w zupełności spełnili swe zadanie. Nie dość na tem: czterej członkowie komisyi samodzielnie ad hoc zbadali wodę, będącą właśnie na rynku zbytu i pod tym mianowicie względem, który mógł przedstawiać pewne wątpliwości bądź z powodu zupełnego braku odnośnych poszukiwań, bądź z powodu niezbędności ich dopełnienia, a więc pod względem mikrobiologicznym i promieniotwórczym. W istniejącej dotąd literaturze co do wody Spirydonowskiej własności jej mikrobiologiczne nie były dotąd uwzględnione, a teraz szczerba ta jest zapełniona i pod tym względem woda Spirydonowska przedstawia się nie mniej, a może nawet więcej korzystnie, niż większość będących w obiegu wód mineralnych rosyjskich, nie wyłączając rządowych. Nazwiska badaczów i wogóle członków komisyi stanowią same przez się dostateczną rękojmię i Zaleski protestuje przeciwko wszelkim wątpliwościom, podjętym gołosłownie przez osoby nie dość kompetentne co do sądów w sprawach bateryologicznej i mikrobiologicznej natury; jest to jego obowiązek, tem więcej uzasadniony, że wszyscy członkowie komisyi działali solidarnie i żadnych zdań oddzielnych w jej łonie nie było. Nie było ich też na XXI posiedzeniu Wydziału lekarskiego »Związku« w d. 9. (22) listopada 1912 r., na którem ogólne sprawozdanie komisyi i oddzielne odezwy jej członków jednomyślnie, bez wszelkich protestów uwzględniono i również jednomyślnie powzięto uchwałę, która nie jest niczem więcej, jak tylko logicznym wynikiem prac komisyi i która, zdaniem wielu obecnych na posiedzeniu 9. (22) listopada, a w tej liczbie i jego, Zaleskiego, jako pochodząca od znawców i od znawczego Wydziału powinna być tylko zakomunikowana dla wiadomości i ogólnej kontroli »Związku« na ogólnem posiedzeniu tegoż, a bynajmniej nie dla jakichś nowych uchwał nad uchwałą przy udziale osób, które nie miały nawet możności zbadać tę sprawę źródłowo i szczegółowo. Woda Spirydonowska była już przedmiotem niejednokrotnych badań i pod względem chemicznym i pod względem klinicznym i pod względem geologicznym, a specyalnie także i co do wydajności źródła. Były także wielokrotnie na miejscu i osoby urzędowe, zarówno ze sfery lekarskiej, jak i górniczo-inżynierskiej, które w urzędowych aktach i odezwach jaknajprzychylniej się oświadczyły co do własności wody i doniosłego znaczenia dającego ją źródła. Doskonałość na świecie nie istnieje, nie istnieje ona i w danym razie. Miała to też na względzie i komisya i w odezwie swej wskazała na to tylko, na co można wskazać na mocy istniejących obecnie danych i uwzględniła to, co uwzględnić należy przy dalszych badaniach w najbliższej przyszłości. O wodzie Spirydonowskiej wyraziły już zresztą zdanie w sposób dla niej korzystny i inne poważne instytucye naukowo-społeczne: dość przytoczyć choćby Ros. Towarzystwo ochrony zdrowia publicznego. Niewiadomo, z jakich pobudek została zakwestyonowana i skrytykowana sama nazwa »woda Spirydonowska« z nadaniem powtarzaniu tej nazwy nieparlamentarnych epitetów. Możnaby, rzecz naturalna, odpłacić nieparlamentaryzmowi pięknem za nadobne, ale lepiej będzie stwierdzić i udowodnić, że nazwa ta jest ustalona i utrwalona nawet przez urzędowe dokumenty. Dość powiedzieć, że w urzędowym »Zbiorze taryfowym« Ministeryum finansów (of. Nr 2241 z d. 12. lipca 1912 r. na str. 28) »Spirydonowska« woda mineralna jest wymieniona, jako zakwalifikowana do ulg taryfowych i pod tym względem postawiona na równi z najwybitniejszemi eksportowemi wodami rosyjskiemi, jak Borżom, Naizan, Essentuki. Nieprawdą też jest, jakoby z podnóża gór Uralskich wytryskały »miliony« źródeł mineralnych, któreby można przyjąć za wodę Spirydonowską. Gdzież te źródła? Gdzież choć jedno znane i zbadane choćby w przybliżeniu tak, jak dane źródło? Pojęcie »wody Spirydonowskiej« jest bezwarunkowo konkretne, ściśle określone i usankcyonowane przez balneoterapię i urzędowo. Źródło, dające tę wodę, jest jedno jedyne dotąd znane i dokładniej zbadane w rozległym okręgu nadwołżańskim i przyuralskim, zajmującym około 9 gubernii. Ponieważ od »Związku« zażądano opinii co do oceny wody Spirydonowskiej ze stanowiska lekarskiego, więc życzeniu temu stało się pod każdym względem zadość i zarówno komisya jak i Wydział lekarski »Związku« spełniły swe zadanie, chyba jak można tylko najsumienniej, bez wszelkich podstaw do kwestyonowania ich stanowiska, zapatrywania, oraz wniosków w tym względzie, a za taką bezinteresowną i żmudną pracę w tym względzie podjętą dla skromnej inicyatywy prywatnej bez odpowiednich zasobów i kapitałów i przy nader niesprzyjających warunkach ogólnego zastoju i braku przedsiębiorczości, a przy nawale natomiast zawiści ludzkiej, należy się raczej podzięka, niż rzucenie kamieniem. (Streszczenie własne).

f) Inż. Czarnocki twierdzi, że sprawa ta obchodzi zarówno wydział techniczny i przyrodniczy, jak i lekarski. Traktowanie sprawy przez komisyę uważa za jednostronne wobec tego, iż do składu komisyi zostali powołani tylko lekarze i jeden chemik. Mowca zaznacza, że p. Spirydonow zwracał się już do Towarzystwa geologicznego, ale ta sprawa upadła. W końcu nie zgadza się, aby sankcya w sprawie tej wody pochodziła od »Związku«. Można powiedzieć: komisya (skład jej) zbadała 10 butelek i umieścić podpisy członków komisyi.

g) Doc. Dr Sowiński przypomina, że na wydziałowem posiedzeniu wypowiedział zdanie, że badanie wody z punktu bakteryologicznego będzie jednostronne, ponieważ przepisując tę lub ową wodę choremu, należy kierować się również i badaniami klinicznemi, a takich w danym razie prawie niema. Wydajność źródła, jak tu było zaznaczone, wynosi 10.000 wiader na dobę; poddano badaniom tylko 10 butelek, więc w każdym razie mo-

żna mówić tylko o tych 10 butelkach, ale nie wogóle o wodzie »Spirydonowskiej«, której nikt z członków komisyi na miejscu nie widział. Prof. Zaleski odpowiadając Dr Jastrzębskiemu zaznaczył, że p. Spirydonow jest to człowiek niezamożny, mowca zaś sądzi, że niezależnie od tego, czy p. Spirydonow biedny, czy bogaty, »Związek« nie powinien wydawać żadnych dyplomów, a tembardziej, jak w danym razie, mających bezwątpienia charakter handlowy. W końcu dodaje, że na zeszłem posiedzeniu wypowiadał zdanie, że niema jeszcze dostatecznych danych, ażeby można było powziąć odpowiednią uchwałę, a jeżeli te zdania były wypowiedziane bez należytego podkreślenia, to tłómaczy się tem, że jednocześnie pełnić obowiązki sekretarza i brać udział w rozprawach, zwłaszcza gdy są one ożywione, jest rzeczą trudną.

Prezes wobec spóźnionej już pory zamyka dyskusyę dodając, że sprawa ta będzie rozpatrzona na posiedzeniu Rady, a obecnie prosi Dr Polaka o wygłoszenie odczytu.

II. Dr Józef Polak (z Warszawy): **O organizacyi I. Zjazdu higienistów polskich we Lwowie.** Wobec tego, że uchwały sanitarne mają znaczenie ogólno-społeczne, przeto, zdaniem prelegenta, Zjazd taki jest uzasadniony, tem bardziej, że różne są przepisy sanitarne w 3 środowiskach polskich, znajdujących się w Rosyi, Austryi i Prusiech. Sekcye higieniczne na Zjazdach lekarskich nie odnoszą zwykle należytego skutku. Tem więcej na dobie, twierdzi prelegent, jest Zjazd higienistów polskich. Mowca przytoczył szczegółowy program Zjazdu, mającego się odbyć 20—24 lipca n. st. roku przyszłego we Lwowie i gorąco wzywał »Związek« do poparcia Zjazdu.

Dyskusya: a) Prof. Zaleski podnosi wszechstronny program Zjazdu wogóle; zaznacza, że w lecie lekarze są przeważnie w zdrojowiskach, a to może się odbić niekorzystnie na liczbie uczestników; w końcu zapytuje, czy nie możnaby jednocześnie utworzyć i wystawy, coby miało ważne znaczenie. b) Inż. Kotarski podnosi zasługi prelegenta, jako działacza społecznego, a potem zapytuje, czy jest wiadomo, że w Petersburgu również ma się odbyć wystawa higieniczna. c) Prelegent: Co do terminów Zjazdu, to kierując się względami balneologicznymi, Galicyanie pragnęli zwołać na wrzesień, przeciw czemu Warszawianie zaoponowali ze względu na bardzo ważny udział w tym Zjeździe pedagogów, którzy we wrześniu nie mogliby się zjechać. Oto przyczyny, dla których Zjazd postanowiono zwołać na lipiec. Co do wystawy w Petersburgu, to rzecz tę w komitecie omawiano. Wystawa ta ma trwać 5 miesięcy, więc myśl o konkurencyi odpada, bo każdy będzie mógł być i tu i tam. Co do propozycyi prof. Zaleskiego, ażeby jednocześnie utworzyć i wystawę, to komitet uchwalił już zaniechać wystawy, aześrodkować uwagę wyłącznie na Zjeździe. d) Inż. Kotarski zapytuje, czy będzie w Petersburgu jednocześnie i Zjazd, na co prelegent odpowiada, że będzie Zjazd Pirogowski, ale nie specyalny.

Na wniosek prezesa prof. Ziemackiego uchwalono Zjazd popierać i wziąść w nim bezpośredni udział przez osobną delegacyę »Związku«.

Prezes w imieniu Zgromadzenia serdecznie dziękuje prelegentowi za zwrócenie się do »Związku«.

III. Dr Adam Huszcza: **Istota i warunki powstawania t. zw. chorób kesonowych.** Zaznajomiwszy zebranych z techniczną stroną samego kesonu i pracy w nim, przytoczył prelegent kilka typowych obrazów schorzeń kesonowych, wyjętych z kazuistyki własnej; następnie zaś przeszedł do wyjaśnienia patogenezy tych cierpień, które początkowo usiłowano objaśnić zapomocą teoryi mechanicznej. Teorya ta sprowadzała wszelkie objawy chorobowe tego rzędu do czysto mechanicznego oddziaływania wzmożonego lub obniżonego ciśnienia powietrza na ściany naczyń obwodowych, co wywoływało jakoby znaczne zaburzenia w rozmieszczeniu krwi na powierzchni ciała, a nie w narządach wewnętrznych. Pomimo swej bezzasadności miała ta teorya jeszcze do niedawna swych zwolenników, chociaż istotna przyczyna chorób kesonowych została wykryta już przed półwiekiem przez Hoppe-Seylera, a później udowodnioną przez długi szereg znakomitych badań doświadczalnych Paula Berta. Tkwi ona w tem, że przy zbyt nagłem obniżeniu ciśnienia powstają we krwi wolne pęcherzyki gazu (głównie azotu), utrudniające krążenie i działalność serca, tudzież dające zatory gazowe w drobnych gałązkach tętniczych i w następstwie tego lżejsze lub trwalsze zmiany anatomiczne w tkankach. Aby uniknąć możliwości powstawania tych zaburzeń w ustroju, starano się zapomocą teoretycznych obliczeń i praktycznych doświadczeń ustalić pewne normy co do czasu, potrzebnego dla całkiem bezpiecznego przejścia od zwiększonego ciśnienia powietrza do zwykłego ciśnienia atmosferycznego. Przedstawiwszy dawniejsze poglądy na tę sprawę, ostatecznie ugruntowane i ustalone przez niemieckich badaczy Hellera, Magera i Schröttera w wyczerpującej monografii p. t. »Luftdruckerkrankungen« (1900 r.), prelegent przytoczył w końcu wręcz odmienne zapatrywania ostatniej doby, które znalazły swój wyraz w pracy angielskich badaczy Boycarta, Damanta i Haldanea (1908 r.) i ze wszech miar zasługują na uwagę, jako ściśle osnute na najnowszych zdobyczach wiedzy, a poparte całym szeregiem doświadczeń na zwierzętach i ludziach. (Streszczenie własne)

Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż przewodniczący jednej z sekcyi Towarzystwa ochrony zdrowia zapytywał, czyby ten odczyt nie mógł być wygłoszony na osobnem posiedzeniu połączonych sekcyi Towarzystwa. Proszono prelegenta, aby zechciał wygłosić odczyt także w Towarzystwie ochrony zdrowia, któreby ze swej strony rozesłało zaproszenia wszystkim członkom »Związku«. — Wobec spóźnionej pory dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Dokonano wyborów członków rzeczywistych »Związku«; jednomyślnie obrano: Dra Zygmunta Grygiera, Dra med. Daniela Zągołowicza, lek. odont. Leona Walickiego, art. mal. Aleksandra Borawskiego, kand. mat. Jana Żarnowskiego, inż. techn. Aleksandra Pawłowskiego, Dra Władysława Pinińskiego, inż. techn. Jana Góreckiego, inż. techn. Leona Goldsztauba, inż. komun. Bolesława Jałowieckiego, inż. elektrotechn. Adama Ptaszyckiego i przyrod. Żelisława Rostowskiego. 2) Uchwalono przesłać powitanie na II Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie i uproszono o zajęcie się tą sprawą prezesa prof. Ziemackiego i sekretarza naukowego doc. Sowińskiego. 3) Odczytano list od p. Bronisława Znatowicza z powodu zaliczenia go w poczet członków honorowych »Związku«.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Feljeton.

Pamiętniki Dr Józefa Franka profesora Uniwersytetu wileńskiego. Z francuzkiego przetłómaczył, wstępem i uwagami opatrzył Dr Władysław Zahorski. T. I—III. Wilno. Nakładem Tow. Udz. »Kuryer Litewski«. 1913.

(Ciąg dalszy).

Frank przytacza wiele ciekawych szczegółów o różnych chorych i wypowiada, jak na swe czasy bardzo racyonalne zapatrywania na choroby i ustrój ludzki, wskazujące na jego niepospolity umysł krytyczny. Obok tego jednak wierzył Frank w istnienie kołtuna, jako choroby, i pod tym względem nie dorównał Śniadeckiemu, który znaczenie kołtuna podawał w wątpliwość.

Frankowie pomimo wyjazdu do Wilna utrzymywali ciągłą korespondencyę z Wiedniem, chociaż koszta przesłanego listu z odpowiedzią wynosiły wówczas 12 franków. Otóż dowiedzieli się, że następcą starego Franka w klinice wiedeńskiej został niejaki Beutel z Ołomuńca, lecz okazał się na tyle niezdarnym, że rząd go prędko usunął. W Wiedniu z tego powodu krążył taki kalambur »Wiedeń stracił franki (Franków), a pozostał mu pusty worek (Beutel)«. Nie oszczędzano i Prof. Stiffta, który jakoby miał być sprawcą wyjazdu Franków. Adelung w swoim

słowniku niemieckim pisze że »Stifft (sztyft) jest to ćwiek bez głowy«.

Wkrótce po przyjeździe Franków do Wilna, pojawiła się wiadomość, że na morze Bałtyckie przypłynął statek z chorymi na żółtą febrę, a następnie doniesiono ówczesnemu generał-gubernatorowi wileńskiemu Bennigsenowi, że około miasteczka Tauróg (pow. Rosieńskiego, gub. Kowieńskiej) zdarzyły się przypadki tej choroby; dla wyjaśnienia sprawy postanowiono posłać lekarza i urzędnika i zwrócono się do starego Franka o wskazówki, gdyż uchodził on za wielką powagę w sprawach policyi lekarskiej. Frank napisał instrukcyę, dołączywszy najnowszy opis żółtej febry w Liworno, gdzie ta choroba wówczas grasowała. Zainteresowawszy się tem syn Józef, zaproponował swe usługi, ażeby go wysłano do Liworno dla zbadania groźnej epidemii, sprzeciwił się temu ojciec, jak również rektor i projekt musiał upaść. Frank napisał artykuł o żółtej febrze dla wydawanego przez Huffelanda w Berlinie bardzo wówczas poczytnego dziennika »Journal de médecine pratique«, wskazując na potrzeby badania tej choroby. Wkrótce jednak i epidemia w Liworno wygasła.

W r. 1805 starają się Frankowie u rządu rosyjskiego o rangę dla siebie, odpowiednią do austryackiej rangi, na co jak widać obaj byli bardzo czuli. Bardziej dla nas interesującem jest, że w tymże roku Jan Piotr Frank opracował plan organizacyi Wydziału lekarskiego w Wilnie, na modłę Uniwersytetu w Padwie. Zadaniem Uniwersytetu wileńskiego było stać się nie tylko instytucyą wychowawczą, lecz jednocześnie i Akademią przyczyniającą się do postępu nauk. Należy więc rozróżniać te dwa określenia, — powiada Frank w swych pamiętnikach, — jakkolwiek ich niema w statucie; tymczasem nietylko dowolnie używano wyrazów Uniwersytet i Akademia, jak gdyby były równoznaczne, ale co gorsza studentów w Wilnie nazywano »akademikami«, podobnie jak dziś w Krakowie. Uniwersytet miał prawo co roku wyznaczać nagrody za lepsze prace naukowe i rozporządzał na ten cel rocznie 500 rublami. W tymże r. 1805 po raz pierwszy polecono Frankowi wskazać tematy do rozpraw konkursowych; podał następujące: 1) O kołtunie i 2) O analogii pomiędzy chorobami roślin i ludzi. Ponieważ nikt nie stanął do konkursu, zaprzestano nadal wyznaczania tematów, co Frank uważał za słuszne, gdyż nowoutworzony uniwersytet nie powinien zdaniem jego myśleć o posuwaniu naprzód nauki, a tylko dbać o dobre wykłady, uzupełnienie gabinetów i zbiorów naukowych. Młody uniwersytet był jednak daleki od wypełnienia swego zadania, pomimo bogatego uposażenia. Nie ukrywał tego Frank, a przeciwnie, gdzie tylko mógł, głosił, czy to przed rektorem Strojnowskim czy też przed hr. Czackim, ks. Czartoryskim, z którymi w sprawach ulepszenia Uniwersytetu przeprowadzał długie korespondencye. Chociaż Uniwersytet posiadał własne fundusze, któremi mógł rozporządzać, jednakże utworzenie licznych katedr, napływ profesorów, koszt ich przyjazdu, kupno domów dla nich na mieszkania pochłonęły zwyczajne dochody i nadzwyczajne środki, ofiarowane przez Cesarza. Brak było środków pomocniczych, instrumentów, bibliotek pozwalających z pożytkiem pracować. Uniwersytet wileński rozporządzał ogromną na owe czasy sumą 105 tysięcy rubli rocznego dochodu. Według Franka istniało wówczas wiele Uniwersytetów świetnie urządzonych, a nie rozporządzających nawet i trzecią częścią tej sumy. Frank, jak to wyżej powiedziałem, był przeciwnikiem tworzenia nowych katedr, natomiast żądał lepszego naprzód uposażenia tych, które istniały n. p. kupienia instrumentów fizycznych, rozszerzenia ogrodu botanicznego, urządzenia klinik chirurgicznej i położniczej, powiększenia biblioteki i t. d. Frank niesłusznie zarzucał rektorowi ks. Strojnowskiemu, że on lubił otaczać się liczną rzeszą profesorów, i to przeważnie cudzoziemców, którym oddawał pierwszeństwo przed miejscowymi.

Wykłady kliniczne miewał Józef Frank w szpitalu Sióstr miłosierdzia, którego stan był opłakany; nieraz na jednem łóżku leżało po dwóch chorych, lub umieszczano ich na podłodze posypanej piaskiem; powietrze przy braku wentylatorów fatalne; przepisów dyetetycznych dla chorych zakonnice nie przestrzegały i same przygotowywały lekarstwa. Chorych bywało przeszło 150. Lekarzem tego szpitala był prof. Becu, po wyjeździe jego zagranicę zastępował go Dr Szymkiewicz, który szpital rzadko odwiedzał. Nieporządki w szpitalu zwróciły uwagę litewskiej Komisyi szpitalnej, która dla poprawienia istniejących stosunków zaprosiła na lekarza szpitala Józefa Franka; przyjął on tę posadę do powrotu prof. Becu bezinteresownie. Frank zabrał się do reformy szpitala i starał się wpłynąć na zakonnice, aby wprowadziły zmiany na lepsze; Siostry miłosierdzia nie chciały nic zrobić, tłumacząc się brakiem środków, pomimo, że posiadały dwa starostwa, przynoszące kilkanaście tysięcy rocznego dochodu. Zmusiło to Franka do szukania środków prywatnych i przy pomocy osób chętnych, a szczególnie żony Franka dano koncert i zebrano konieczne na początek środki, lecz i wówczas zakonnice nie chciały dokonać żadnych ulepszeń, powołując się na to, że cesarzowa matka, uznając ich działalność za odpowiednią, prosiła o wysłanie 12 sióstr dla obsługiwania założonego przez nią szpitala w Petersburgu. Po długiej wojnie tylko dzięki wdaniu się biskupa wileńskiego i pod presyą opinii publicznej udało się Frankowi przeprowadzić reformy. Po tym zatargu wynikł nowy. Kiedy wojska rosyjskie po bitwie pod Austerlitz wracały przez Wilno, a było wielu chorych żołnierzy, głównodowodzący armią generał Rimskij-Korsakow rozkazał oddać na szpital dawny (za czasów polskich) dom kadetów, darowany przez cesarza uniwersytetowi, w którym mieszkali profesorowie. Rektor przerażony mówił wtedy Frankowi, że w Rosyi nie można niczego być pewnym, bo co dziś dają, odbierają nazajutrz. Frank radził wystąpić z protestem, rektor się nie odważał. Wtedy Frank poszedł sam do generał-gubernatora, gdzie zastał wielu urzędników i szlachty i w obec całego zgromadzenia wyrzucał mu, że nie przeszło jeszcze dwóch lat od otwarcia Uniwersytetu i zatwierdzenia statutu przez Naj. Pana, w którym powiedziano, że domy Uniwersytetu są wolne od pomieszczenia wojska, a już go gwałcą, na cóż więc mogą liczyć cudzoziemcy, przybywający do Rosyi i ufając sile statutu uniwersytetu. Benningsen tłumaczył to rozporządzenie koniecznością wojenną, lecz wymawiał następnie Frankowi, że zwracając się do niego w tak ostry sposób publicznie postawił go w trudnem położeniu i okazał nieposzanowanie władzy. Frank przeprosił Benningsena i domy uniwersyteckie na ten raz zostały oszczędzone; inaczej obszedł się w rok potem ze Śniadeckim następca Benningsena Rimskij-Korsaków. Odwaga Franka i względy, okazywane dla niego przez generał-gubernatora, wzmocniły stanowisko jego w Uniwersytecie i w obec Polaków.

Pomimo znacznej praktyki, jaką zdobył Frank ojciec w Wilnie w ciągu roku, nie mógł odmówić zaszczytnemu wezwaniu do Petersburga, gdzie otwierała się przed nim szersza arena działalności. Nie będę tu streszczać opisu jego pobytu w nadnew-

skiej stolicy, któremu Frank syn poświęca dużo miejsca, powiem tylko, że po czteroletnim pobycie Frank ojciec opuścił Petersburg i Rosyę.

Klinikę terapeutyczną po ojcu objął w Wilnie Józef Frank i prowadził ją przez lat 18. Przy badaniu chorych zalecał swoim uczniom, aby nie obarczali chorych całym szeregiem pytań, lecz aby pozwalali mówić samym, w ten sposób aby, znaleść wskazówki, w jakim kierunku ma być podjęte dalsze badanie. Każdy z uczniów musiał uzasadnić, dla czego dawał te, a nie inne zapytania. Aby zwalczać uprzedzenie do kliniki, przyjmowano tylko takich chorych, na których wyzdrowienie można było liczyć. Był to czas, kiedy w Europie panowała metoda leczenia puszczaniem krwi, co robiono nawet u zdrowych raz na rok. W r. 1805 Frank powiada jednak, że ani razu do tego środka nie uciekał się i w ogóle w Wilnie metoda ta miała wówczas mało zwolenników. Kiedy raz w klinice Frank kazał otworzyć żyłę choremu, studenci, z tem nie obyci, przerazili się, że umrze z osłabienia. O sposobie swych wykładów i o swoich zapatrywaniach donosił Frank ojcu i zasięgał jego rady; ten chwaląc niejedno, zarzucał mu jednak nieraz, że skłania się ku empiryzmowi.

W tym czasie wrócił z podróży prof. Becu i objął wykłady fizyologii i patologii. Zewnętrznie przypominał prof. Becu kwakrów, mówił dobrze po angielsku; przywiózł list, bardzo dla siebie pochlebny, od słynnego wówczas wynalazcy szczepienia ospy Jennera.

Po nieszczęśliwej dla Rosyi bitwie pod Austerlitz zapisuje Frank z oburzeniem na niewdzięczność wobec cesarza Aleksandra, że Polacy profesorowie zebrali się u rektora ks. Strojnowskiego, aby wypić zdrowie Napoleona, tylko ks. Poczobut nie przybył, za co go Frank chwali.

Frank co niedzielę zbierał u siebie na herbacie profesorów, literatów i inteligentniejszych słuchaczów dla wspólnego czytania i debatowania w sprawach naukowych. Ojciec w listach przestrzegał syna, aby te zebrania nie przekształciły się w klub polityczny, co mogło by go skompromitować. »Polakom« powiada »nie można ufać, są oni niezadowoleni z rządu rosyjskiego, jak nie byli zadowoleni z własnego i nigdy nie będą z żadnego, gdyby nawet sam archanioł Gabryel zstąpił z nieba, by nimi rządzić«. Ponieważ biblioteka uniwersytecka nie posiadała najniezbędniejszych podręczników lekarskich, przeto 3 razy w tygodniu pozwalał Frank zbierać się uczniom w swem mieszkaniu i korzystać ze swej własnej biblioteki.

(C. d. n.). Talko-Hryncewicz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Krajowej Rady Zdrowia w dn. 4. X. 1912 we Lwowie przedstawił kraj. referent sanitarny, radca Dr Lachowicz, sprawozdanie z przebiegu cholery w powiecie skolskim i z zarządzonych środków ochronnych, przyjęte przez Radę Zdrowia z uznaniem dla energii, poświęcenia i gorliwej a skutecznej pracy w stłumieniu zarazy. Prócz tego były przedmiotem obrad: utworzenie państwowego zakładu badania środków spożywczych we Lwowie, sprawa komisyi na zakłady lecznicze w Worochcie i Piwnicznej oraz uznania Krościenka za uzdrowisko, taksy szpitalne w Bóbrce, Bochni, Drohobyczu, Kosowie i Tarnobrzegu, ochrona szpitali od szkodliwych wpływów sąsiedztwa, nauka higieny dla kandydatów na nauczycieli szkół średnich.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Prof. Dr Ciechanowskiemu za dziewięćdziesiąt tomów cennych dzieł ofiarowanych bibliotece.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Prof. Dr Leon Wachholz został wybrany wiceprezesem niemieckiego Towarzystwa sądowo-lekarskiego.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. IX. do 4. X. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 1 † —), krztuśca 7 † — (— † —), ospy wietrznej 1, płonicy 18 † 1 (4 † 1), odry 19 † 3 (— † —), duru brzusznego 2 † — (1 † 1), czerwonki 9 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1, róży 2 † —.

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 22. IX. do 29. IX. 1913 przypadków: ospy 3 † —, płonicy 4 † 1, duru brzusznego — † —, róży 1, czerwonki — † —, błonicy 4 † —. Dr Trenkner.

Mianowani: Dr Juliusz Talko-Hryncewicz, profesor nadzw. antropologii na Uniw. Jagiell. mianowany profesorem zwyczajnym. Dr J. Ritchie profesorem bakteryologii w Edynburgu. Dr A. Erlandsen, docent wydziału lekarskiego w Kopenhadze profesorem higieny w Helsingforsie. Dr A Campbell Gerdes z Dublina profesorem anatomii w Montreal.

Zmarli: Dr Jan Kreutz, okulista w Stanisławowie w 40 r. ż.; Dr Stefan Radomyski w Pruszkowie w 50 r. ż.

Redakcya otrzymała: Dr F. Fronczak: A Study of the Acute Anterior Poliomyelitis Epidemic which occurred in the City of Buffalo, during the Year 1912. — Tenże: Routine Procedure of the Bureau of Child Hygiene 1913. — Tenże: Medical School Inspection at Buffalo, 1913. — Dr Focke: Die Weiterentwickelung der physiologischen Digitalisprüfung. — Odbitka z »Zeitschrift f. exp. Pathologie u. Therapie«. T. XIV.

Sprostowanie. W sprawozdaniu z posiedzenia Towarzystwa lekarskiego łódzkiego z dn. 21. V. na str. 511, 2. szpalta wiersz 14 od góry zamiast mówiła ma być mówił
» 18 » » » wzmożeniu czynniku
» 29 » » » stworzenie stosowanie
» 34 » » » natężenia natężenie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LII. Kraków, dnia 18 października 1913. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przemiana ciał purynowych, a dna.

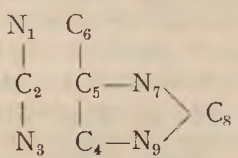
Podał

Dr Jan Nowaczyński.

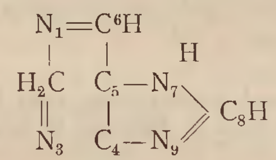
asystent kliniki medycznej U. J.

W artykule niniejszym, traktującym o przemianie ciał purynowych i dnie, sprawie chorobowej w związku z nią pozostającej, ograniczę się tylko do nakreślenia fizyologii względnie patologii przemiany purynowej oraz tworzącego się w ustroju kwasu moczowego, pominę zaś stronę kliniczną dny, a więc symptomatologię oraz jej leczenie.

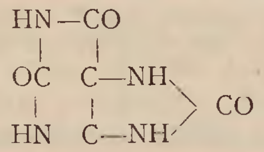
Jak wiadomo, ciałami purynowemi, do których należą: adenina, guanina, ksantyna, hypoksantyna i kwas moczowy, nazywamy te ciała, które posiadają wspólną grupę drobinową zwaną jądrem purynowem; składa się ono z pięciu atomów węgla i 4 azotu.



Najprostsze połączenie tego jądra z wodorem (4 atomy) stanowi ciało, zwane puryną, które pierwszy Fischer otrzymał syntetycznie i w ten sposób udowodnił pochodzenie ciał purynowych od jądra purynowego:



Jeśli teraz w związek ten wstąpią atomy tlenu, to zależnie od ilości oraz miejsca, powstaną ciała, jak hypoksantyna, która będzie 6 tlenopuryną, co oznacza, że jeden tlen wstąpił w miejsce C_6, ksantyna, czyli 2. 6. dwutlenopuryna (dwa atomy tlenu wstąpiły, jeden na C_2 drugi na C_6). Jeśli wodór zostanie zastąpiony grupą aminową (NH_2), powstanie adenina, która będzie 6-aminopuryną, gdy zaś do adeniny wejdzie jeszcze atom tlenu, powstanie guanina, czyli 2-amino 6-tlenopuryna; kwas moczowy ostatecznie będzie 2. 6. trioksypuryną i wzór jego jest więc następujący:



Jeśli do drobiny ksantyny wstąpią grupy metylowe (CH_3) otrzymamy nowe ciała purynowe; będą to znane alkaloidy, zawarte w kawie, herbacie i kakao, teobromina, teofylina i kofeina. Te roślinne puryny mogą również w ustroju zwierzęcym być źródłem dla tworzenia się kwasu moczowego tembardziej, że ustrój posiada zdolność odbierania grupy metylowej.

Ciała purynowe pochodzą z nuklein, t. j. połączeń białka z kwasem nukleinowym, zawartych w jądrach komórek lub z nukleoproteidów, czyli nuklein, które jeszcze raz weszły w związek z białkiem. Kwasy nukleinowe nie znajdują się wolne, lecz zawsze związane z białkiem i składają się z kompleksu wielu nukleotydów. Działaniem pepsyny i trypsyny odszczepiają się kwasy nukleinowe czyli polinukleotydy, które pod wpływem fermentu trzustki i soku jelitowego (nukleaza) ulegają dalszemu rozpadowi na mononukleotydy, a po utracie kwasu fosforowego ostatecznie na nukleozydy, które ulegają w przewodzie pokarmowym wessaniu. Kwas nukleinowy zawiera bowiem obok ciał purynowych kwas fosforowy, grupę cukrową oraz uracyl i cytozynę, czyli t. zw. ciała pirimidynowe. Dalszy rozkład nukleozydów odbywa się w narządach, nie we wszystkich jednak równomiernie; zdaje się, że tkanka chrząstkowa i kostna wielki w tem udział bierze.

Fermentów, jakie biorą udział przy rozpadzie nukleozydów, jest cztery: najpierw wchodzi w grę nukleaza, ferment znajdujący się w komórkach wszystkich narządów, który rozszczepia nukleiny, przyczem powstają aminopuryny adenina i guanina. Na te działa w dalszym ciągu ferment hydrolityczny, który je dezamiduje i adeninę zamienia na hypoksantynę, a guaninę na ksantynę; niektórzy autorowie przyjmują dwa oddzielne fermenty, adenazę i guanazę.

Hypoksantyna i ksantyna zamieniają się następnie pod wpływem fermentu utleniającego zw. też oksydazą ksantynową, na ksantynę i kwas moczowy, w ten sposób wytworzony kwas moczowy ulega dalszemu rozpadowi pod wpływem fermentu urykolitycznego, który w odróżnieniu od innych fermentów znajduje się tylko w wątrobie, mięśniach i nerkach; w tych narządach odbywają się równocześnie dwie sprawy, t. j. tworzenie się i rozpad kwasu moczowego. To jest też powodem, że tylko część podanych w pożywieniu ciał purynowych pojawia się jako kwas moczowy w moczu. U zwierząt pod wpływem fermentu urykolitycznego powstaje allantoina, u człowieka, nie wiadomo, względnie dotąd jeszcze nierozstrzygnięto, jakie produkty tworzą się z rozpadu kwasu moczowego. Jedni autorowie jak Schittenhelm, Frerichs i Weintraud utrzymują, że znaczna część kwasu moczowego zostaje spalona na mocznik, inni, jak Wiechowski, zaprzeczają temu. Pewnem jest tylko to, że normalnie około 40—50% kwasu moczowego wyprodukowanego w ustroju wydziela się jako kwas moczowy w moczu. Tworzenie się i rozpad kwasu moczowego powstaje zawsze w stałym do siebie stosunku tak, że u każdego człowieka ten sam odsetek wytworzonego kwasu moczowego rozpada się.

Ta droga tworzenia się kwasu moczowego w ustroju zwierzęcym i ludzkim jest udowodnioną i można na pewno

twierdzić, że główna część kwasu moczowego pochodzi z ciał purynowych nukleoproteidów, mała zaś tylko część z białka.

Następujący schemat przedstawia rozpad nukleoproteidów:

Nukleoproteidy.
nukleiny — białko
nukleiny — białko
nukleotydy — peptony
nukleozydy P_2O_5 — aminokwasy
aminopuryny
oksypuryny
kw. moczowy
mocznik

Ten schemat odnosi się do rozpadu nukleoproteidów, doprowadzonych do ustroju z pożywieniem. Rozpad nuklein w ustroju wytworzonych (endogenicznych), postępuje zdaje się, według tych samych reguł.

Źródła dla powstania ciał purynowych, przez to samo i kwasu moczowego w ustroju znamy dwa: jeden stanowią spożywane pokarmy, przedewszystkiem mięso, w którem dość znaczna część ciał purynowych znajduje się w postaci gotowej hypoksantyny. Ten kwas moczowy, powstały z zewnątrz wprowadzonych pokarmów, stanowi t. zw. kwas moczowy egzogeniczny. Drugiem źródłem tworzenia się kwasu moczowego jest sam ustrój; w ustroju ludzkim bowiem ulegają w toku przemiany materyi komórki i ich jądra ciągłemu rozpadowi; razem z niemi ulegają rozpadowi substancye w nich zawarte, t. j. nukleoproteidy oraz nukleiny komórkowe, a z ich rozpadu powstające kwasy nukleinowe tesame chyba przechodzą koleje. W ten sposób wytworzony kwas moczowy stanowi t. zw. kwas moczowy endogeniczny.

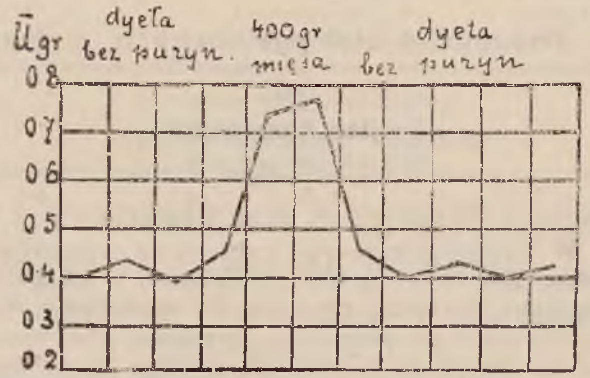
Nie ulega wątpliwości, że w tkankach i we krwi ustroju znajdować się musi kwas moczowy, oraz inne ciała purynowe; we krwi zdrowego człowieka kwas moczowy znajduje się w takiej jednak ilości, że analitycznie nie da się wykazać tak, że można mówić, iż krew zdrowego człowieka nie zawiera kwasu moczowego. W pewnych natomiast stanach chorobowych, a przedewszystkiem w dnie, kwas moczowy daje się ilościowo wykazać, i co szczególnie jest ważne, także i wtedy, gdy pożywienie nie zawiera ciał purynowych. Fakt ten jest charakterystyczny dla dny do tego stopnia, iż można powiedzieć, że nie ma dny jeśli nie znajdziemy kwasu moczowego we krwi, czyli urykemii. Ta zwiększona ilość kwasu moczowego we krwi stoi bezsprzecznie w związku przyczynowym ze złogami dnawymi.

Z innych spraw chorobowych, w których znajdujemy kwas moczowy we krwi w większej ilości, wymienić należy przewlekłe zapalenie nerek, gdzie schorzałe nerki ulegają zaburzeniom w wydzielaniu kwasu moczowego, wskutek czego dochodzi do jego zatrzymywania (retencyi), dalej białaczkę i zapalenie płuc w okresie przełomu, gdzie powstaje obfity rozpad nukleoproteidów komórkowych; wreszcie spostrzegano wzmożone ilości kwasu moczowego we krwi po naświetlaniu promieniami X.

Jak wspomniałem, fizyologicznie biorąc, rozróżniamy dwa rodzaje kwasu moczowego t. j. endogeniczny i egzogeniczny. Ilość endogenicznego kwasu moczowego można oznaczyć w moczu, jeśli się choremu poda przez kilka dni dyetę, nie zawierającą ciał purynowych, więc bezmięsną. Stwierdzimy wtedy, iż ilościowe wydzielanie kwasu moczowego u różnych osób wśród tych samych warunków fizyologicznie jest różne, lecz u jednej i tej samej osoby prawie zawsze stałe; otrzymamy wartości, wahające się w granicach od 0·3—0·6 gr. kwasu moczowego dziennie.

Przy dyecie, zawierającej ciała purynowe (a więc mięsnej), wartości kwasu moczowego (endo + egzogenicznego) będą większe, i to tem większe, im więcej ciał purynowych pożywienie zawiera. Najwięcej obfitują w ciała purynowe narządy takie, jak wątroba, śledziona, nerka, trzustka, grasica i t. p. To zwiększone wydzielanie kwasu moczowego można badać dokładnie jeśli się poda badanemu człowiekowi zdrowemu, pozostającemu na dyecie bezpurynowej 200—400 gr. mięsa lub 10—20 gr. nukleinianu sodowego (natr. nucleinicum), stwierdza się wtedy, iż ilość kwasu moczowego w dniu tym dochodzi do szczytu, dnia następnego szybko spada do poziomu prawidłowego t. zn. do wartości endogenicznej tak, że w przeciągu 24 godzin wydzielanie kwasu moczowego jest skończone.

Można to przedstawić w postaci krzywej:



Nieprawidłości w wydzielaniu kwasu moczowego, bardzo charakterystyczne, napotykamy w dnie. Niemi można się kierować lub kontrolować nieprawidłowości, występujące w innych sprawach chorobowych. Tyczą się one ilościowych wartości kwasu moczowego. Przedewszystkiem stwierdza się w dnie, że krzywa kwasu moczowego endogenicznego jest poza okresami ostrych napadów dny nieprawidłowo nizką. Gdy u osób zdrowych wartości ilościowe kwasu moczowego wahają się między 0·3—0·6 gr. dziennie, to u chorego na dnę są one stale niższe od 0·3, a więc np. 0·1 lub 0·2; jest to objaw charakterystyczny tak, że, o ile tak nizkie wartości znajdujemy przez dłuższy czas u badanego, możemy z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznawać dnę.

(Dokończenie nastąpi).

Z miejskiej pracowni bakteryologicznej i z zakładu weterynaryi Prof. J. Nowaka w Krakowie.

Nowy przyrząd do odkażania formaliną w pokojowej ciepłocie.

Podali

Doc. Dr R. Nitsch, bakteryolog miejski i **M. Okolska.**

Rzecz niniejszą ogłaszamy ze względu na pożyteczne usługi, jakie nowy przyrząd do odkażania, zbudowany przez Dr A. Zopotha, lekarza miejskiego w Krakowie, oddać może lekarzom praktycznym.

Miejski Urząd zdrowia w Krakowie dostarcza na żądanie lekarzy ordynujących odkażonych płaszczów płóciennych do mieszkań, gdzie panuje choroba zakaźna. Płaszcz taki wisi n. p. w przedpokoju, lub w pokoju chorego. Le-

karz, przychodząc ubiera się w płaszcz i w płaszczu udaje się do chorego. Po wykonaniu swych czynności zdejmuje płaszcz, wiesza go na swojem miejscu, myje się i wychodzi. W ten sposób zabezpiecza ubranie swoje od zakażenia.

Jeżeli jednak płaszcz taki wisi kilka dni w mieszkaniu chorego, zwłaszcza gdy tam panuje brud i ciasnota, to łatwo tak się zanieczyści, że lekarz przez ubranie się w ten płaszcz zakazić może własne ubranie. Z tego powodu omawiano na jednem z posiedzeń lekarzy miejskich przed 3 laty sposoby zaradzenia złemu. Myślano o tem, aby po każdej wizycie lekarza sanitaryusz zabierał użyty płaszcz, a przynosił nowy, świeżo odkażony. Wśród innych projektów pojawił się jeden, aby urządzić małe, przenośne i lekkie przyrządy dezynfekcyjne, w których można te płaszcze odkażać w domach chorych zapomocą formaliny, Proponowano różne kształty tych przyrządów i różny do nich materyał, Nie będziemy o nich wspominać, ponieważ pozostały one w sferze projektów.

Natomiast Dr A. Zopoth, zachęcony temi staraniami, polecił zbudować według swoich wskazówek i według projektów omawianych na posiedzeniach lekarzy miejskich, przyrząd do odkażania formaliną, łatwo przenośny, lekki i zajmujący mało miejsca w pokoju. Przyrząd ten może jeden człowiek łatwo przenieść do wskazanego mieszkania i ustawić go w żądanem miejscu. Ściany przyrządu, mającego kształt stojącego walca, zbudowane są z czarnej nieprzemakalnej ceraty i otwory wszystkie uszczelnione tak, że woń formaliny wydostaje się z przyrządu tylko wtedy, gdy się go otworzy. Formalinę nalewa się przez osobny otworek na dno przyrządu, a ponad formaliną zawiesza się płaszcz lub ubranie, które się chce odkazić.

O innych szczegółach budowy tego przyrządu, który Dr A. Zopoth oddał do zbadania miejskiej pracowni bakteryologicznej, mówić tu nie będziemy.

Przyrząd ten nie służy do odkażania przy wyższej ciepłocie 50—60° C., w jakiej zwykle odkażenie formaliną się odbywa, ani też nie można z niego usunąć powietrza, co w nowszych przyrządach do odkażania się praktykuje. Odkażenie ma się odbywać wyłącznie wskutek działania formaldehydu, ulatniającego się z rozczynu formaliny w zwykłej ciepłocie pokojowej. To też z góry już przewidzieć było można, że odkażanie takie nie będzie tak skuteczne, jak w przyrządach zwykle do tego celu w Zakładach używanych. Jedno tylko mogłoby wyrównać to działanie, t. j. czas trwania odkażenia. W zakładach dezynfekcyjnych trwa odkażanie formaliną ubrań w odpowiednio zbudowanych przyrządach od $^3/_4$—2 godzin. Po tym czasie odkażenie jest zupełnie pewne. W przyrządzie Dr A. Zopotha należało spróbować, czy przez przedłużenie czasu odkażenia do kilku godzin, a nawet do 24 godzin, można będzie otrzymać wyniki zadowalniające.

Przytoczone poniżej doświadczenia dają odpowiedź na to pytanie.

Dla objaśnienia wyników tych doświadczeń niech służą następujące uwagi: Badania przeprowadzono zapomocą kawałków nitek jedwabnych, zanurzonych do świeżej bulionowej hodowli bakteryi na kilka minut, a potem wyjętych i w wilgotnym stanie przytwierdzonych szpilkami na ręczniku (w pierwszych 4 dośw.), lub na surducie zimowym (w dalszych 6 doświadczeniach). Nitki przytwierdzano w różnych miejscach, a więc u góry i u dołu wiszącego ręcznika, a na surducie na kołnierzu i pod kołnierzem, na środku podszewki w połowie wysokości surduta, na samym jego dole i w 2 kieszeniach, a mianowicie w wewnętrznej górnej i w zewnętrznej dolnej kieszeni. Kieszenie nie były wywrócone podszewką na zewnątrz, ale zostawiono je w zwykłym stanie, przyczem otwór zewnętrznej dolnej kieszeni przykryto klapą, umieszczoną na surducie. Surdut wieszano w przyrządzie podszewką na wewnątrz, a więc nitka przyczepiona na podszewce była ze wszystkich stron otoczona tkaniną. Tak samo oczywiście i wewnętrzna kieszeń znajdowała się wewnątrz surduta. Po przyszpileniu nitek zawieszano natychmiast surdut (czy ręcznik) w przyrządzie, do którego chwilę przedtem wlewano formalinę.

Badania przeprowadzono na bakteryach okrężnicy (5 razy), błoniczych (2 razy), gronkowcu złocistym (2 razy), i prątku durowym (1 raz). Bakterye okrężnicy odznaczają się względnie dość znaczną wytrzymałością na działanie środków odkażających, w każdym razie znacznie większą, niż bakterye duru i dysenteryi (Flexner), a tem bardziej, niż bakterye cholery lub dysenteryi szczepu Shiga. Można więc na pewno powiedzieć, że tam, gdzie zabite zostały bakterye okrężnicy, byłyby tem łatwiej zabite chorobotwórcze bakterye duru, dysenteryi i cholery. Wytrzymałość gronkowca złocistego jest równa lub może nawet większa niż paciorkowców, a bakterye błonicze stanowią grupę odrębną. Przez zbadanie przeto powyższych bakteryi zbadano wpływ przyrządu na wszystkie praktycznie ważne i znane zarazki, z wyjątkiem gruźlicy.

Gruźlica jednak jest tak częstą chorobą, że gdyby lekarze chcieli po każdem zetknięciu się z chorym na gruźlicę odkażać swoje ubranie, musieliby ciągle się przebierać i mieć kilkanaście ubrań do zmiany, więc zdawało nam się, że zbadanie wpływu przyrządu i na gruźlicze bakterye nie miałoby praktycznego znaczenia. Zdaniem naszem byłoby już bardzo dobrze, gdyby lekarze po powrocie z mieszkań, gdzie panuje błonica, róża, gorączka połogowa, dur brzuszny lub czerwonka odkażali swoje ubrania, a więcej niepodobna wymagać. Oczywiście, że i po odrze i po płonicy takie odkażenie jest bardzo pożądane (nie mówiąc o ospie i o durze osutkowym), ale ponieważ zarazki odry i płonicy nie są znane, więc trudno ściśle określić stopień skuteczności odkażenia w tych przypadkach.

Badania przeprowadzono 7 razy zapomocą $^1/_2$ litra formaliny. Ponieważ jednak takie odkażenie byłoby dosyć drogie (litr formaliny kosztuje przynajmniej 1·50 koron), więc w 3 doświadczeniach użyto tylko $^1/_4$ litra formaliny. Czas trwania odkażenia wynosił w badaniach na ręczniku przeważnie tylko kilka godzin (od $^1/_2$—6), tylko 2 razy 24 godzin, a w badaniach na surducie wysiewano nitki raz po mniej więcej 4 godzinach, a drugi raz po 21—24 godzinach.

Wysiew uskuteczniano po wyjęciu surduta (wzgl. ręcznika) z przyrządu. Chwytano jałowemi szczypczykami nitki i wrzucano je do jałowego bulionu, który wstawiano na 4 dni do cieplarki. Jeżeli wzrost nastąpił, badano hodowlę pod mikroskopem, aby się przekonać, czy zmącenie bulionu zależy od badanej bakteryi, czy od zanieczyszczenia. Buliony oglądano po upływie doby, a jeśli wzrost nie nastąpił, to jeszcze po 2, a względnie 4 dniach.

Ponieważ było możliwem, że nitki, przesiąknięte formaldehydem będą hamująco działać na wzrost w bulionie bakteryi pozostałych przy życiu, więc w kilku doświadczeniach (3, 4, 5, 6, 7) zobojętniano formaldehyd przez włożenie nitek na $^1/_2$—2 minut do 25% amoniaku. Dopiero z rozczynu amoniaku przenoszono nitki do bulionu. Okazało się jednak, wbrew oczekiwaniom, że zanurzenie do amoniaku niekorzystnie wpłynęło na rozwój bakteryi w bulionie (w dośw. 3. i 4. kontrola; w dośw. 5. i 7. więcej wyrosło bakteryi z nitek nie zobojętnionych amoniakiem, aniżeli ze zobojętnionych). Wobec tego w dalszych doświadczeniach (8, 9. 10) nie używano więcej amoniaku. Przyczyna tego nie leży prawdopodobnie w odkażającym wpływie amoniaku, bo nawet 50% NH_3 nie jest środkiem odkażającym, ale może w tem, że przez płukanie, trwające $^1/_2$—2 minut w 25% rozczynie amoniaku część bakteryi oddzielała się od nitek i pozostawała w amoniaku. Aby się przekonać, że 25% rozczyn NH_3 nie zabija bakteryi nawet przy znacznie dłuższem działaniu, niż 2 minuty, urządzono następujące doświadczenie: Do 24-godzinnej hodowli bulionowej bakteryi okrężnicy (Walek) zanurzono na kilka minut nitki jedwabne, a po wyjęciu wkładano je, wilgotne, do 25% rozczynu amoniaku na 5, 10 i 15 minut. Po upływie tych terminów wyjmowano każdym razem 2 nitki z amoniaku i jedną z nich wrzucano odrazu do jałowego bulionu a drugą przedtem opłukiwano w jałowej wodzie. Jako wynik otrzymano zawsze w bulionie wzrost bakteryi okrężnicy, tak z nitek płukanych w wodzie, jak i nie płukanych, co jest dowodem, że 25% rozczyn amoniaku nawet po 15′ nie zabija bakteryi okrężnicy.

Zawsze urządzano doświadczenie kontrolne, w którem nitkę po wyjęciu z hodowli bulionowej wkładano do jałowego naczyńka i trzymano w niem w szafie tak długo, jak trwało doświadczenie właściwe, a więc zwykle 21—24 godzin. Potem wrzucano i tę nitkę do jałowego bulionu, albo po opłukaniu jej w wodzie, albo bezpośrednio. Kontrola ta miała na celu wykazanie, że samo wysuszenie nitki przez dwadzieścia kilka godzin w ciepłocie pokojowej i w ciemności nie zabija bakteryi na nitce umieszczonych, że więc, o ile to zabicie w przyrządzie nastąpi, trzeba je przypisać odkażającemu wpływowi formaliny.

1) Ręcznik — bakt. okrężnicy (Szepetowska) 5. XII. 500 gr. formaliny — przyrząd nie używany poprzednio, nie zoboj. NH_3.

	nitki górne		nitki dolne	
	pow.	fałd.	pow.	fałd.
po 1 h.	+	+	+	—
» $5^1/_2$ h.	+	+	—	—
» 24 h.	+	—	—	—

kontr. 24 h. +

2) Ręcznik — dur (Schreiber) 7. XII) 500 gr. formaliny — nie zoboj. NH_3.

	nitki górne		nitki dolne	
	pow.	fałd.	pow.	fałd.
po 5 h.	—	—	—	—
» 24 h.	—	—	—	—

kontr. 24 h. +.

3) Ręcznik — bakt. okrężnicy (Walek) (10. XII) 500 gr. formaliny. — Nitki po wyjęciu z przyrządu zanurzano na $^1/_2$—1 min. do 25% NH_3 celem zobojętnienia formaliny.

	nitki górne		nitki dolne		
	pow.	fałd.	pow.	fałd.	
po 1·35 h.	—	—	—	—	zobojęt. NH_3
» 6·15 »	—	—	—	—	» »
» 6·15 »	—	—	—	—	nie zoboj. NH_3

kontr. po 24 h. — (z NH_3)
» » 48 » + (nie płukana w NH_3).

4) Ręcznik — bakt. okrężnicy z wody świeże (18. XII). 500 gr. formaliny.

	nitki górne pow.		nitki dolne pow.	
	zob. NH_3	nie	zob. NH_3	nie
po $^1/_2$ h.	—	—	—	—
» 1 h.	—	—	—	—
» $5^1/_2$ h.	—	—	—	—

kontr. po 24 h. zoboj. NH_3 —
» » » » nie zob. NH_3 +

5) Surdut — gronkowiec (z ropy) (1. I. 1913) 500 gr. formaliny.

	wysiew po 4 g.			wysiew po 21 g.		
	24 g.	48 g.	4 dni	24 g.	48 g.	4 dni
1. na kołnierzu zob. NH_3	—	—	—	—	—	—
nie » »	—	+	+	—	—	+
2. pod kołnierz. » »	+	+	+	—	—	—
nie » »	+	+	+	—	+	+
3. w środku na podszewce » »	—	—	—	—	—	—
nie » »	—	+	+	—	—	—
4. w kieszeni górnej zob. NH_3	—	+	+	—	—	—
wewnętrz. nie zob. NH_3	+	+	+	—	+	+
5. w kiesz. doln. » »	+	+	+	—	—	—
zewnętrzn. nie » »	+	+	+	—	—	—
6. na surducie u » »	—	—	—	—	—	—
dołu nie » »	—	—	—	—	—	—

kontr. po 21 godz. zob. NH_3 + po 24 g.
» » » g. nie » » + » » »

6) Surdut — bakterye okrężnicy (Adela) (3. I.) 500 gr. formaliny.

	wysiew po 4 g.			wysiew po 21 g.		
	24 g.	48 g.	4 dni	24 g.	48 g.	4 dni
1. zob. NH_3	—	—	—	—	—	—
nie » »	—	—	—	—	—	—
2. » »	—	—	—	—	—	—
» » »	—	—	—	—	—	—
3. » »	—	—	—	—	—	—
» » »	—	—	—	—	—	—
4. » »	—	—	—	—	—	—
» » »	—	—	—	—	—	—
5. » »	—	—	—	—	—	—
» » »	—	—	—	—	—	—
6. » »	—	—	—	—	—	—
» » »	—	—	—	—	—	—

kontr. po 21 godz. zob. NH_3 + po 24 godz.
» » » g. nie » » + » » »

7. Surdut — gronkowiec (z ropy jak w dośw. 5) (7. I.) 250 gr. formaliny.

		wysiew po 4 g. 10′			wysiew po 22 g.		
		24 g.	48 g.	4 dni	24 g.	48 g.	4 dni
1.	zob. NH_3	—	—	—	—	—	—
	nie » »	—	—	—	—	—	—
2.	» »	—	+	+	—	—	—
	» » »	—	+	+	—	+	+
3.	» »	—	—	—	—	—	—
	» » »	—	—	+	—	—	+
4.	» »	—	—	—	—	—	—
	» » »	+	+	+	—	—	+
5.	» »	—	—	+	—	—	—
	» » »	—	+	+	—	—	—
6.	» »	—	—	—	—	—	—
	» » »	—	—	—	—	—	—

kontr. po 22 godz. zob. NH_3 +.
» » 22 g. nie » » +.

8) Surdut — prątki błonicy świeżo wyhodow. (9. I.) 250 gr. formal. — nie zobojętn. NH_3.

	wysiew po 4 g. 5′			wysiew po 24 g.		
	24 g.	48 g.	4 dni	24 g.	48 g.	4 dni
1.	—	—	—	—	—	—
2.	—	+	+	—	—	—
3.	—	+	+	—	—	—
4.	—	+	+	—	—	—
5.	—	—	—	—	—	—
6.	—	—	—	—	—	—

kontr. po 24 godz. +.

9) Surdut — bakt. okrężnicy (nie zanotowano jaki szczep) (15. I.) — 250 gr. formaliny.

	wysiew po $4^1/_2$ g.			wysiew po 23 g.		
	24 g.	48 g.	4 dni	24 g.	48 g.	4 dni
1.	—	—	—	—	—	—
2.	—	—	—	—	—	—
3.	+	+	+	+	+	+
4.	+	+	+	—	—	—
5.	—	—	—	—	—	—
6.	—	—	—	—	—	—

kontr. po 23 godz. +.

10) Surdut — prątki błonicy (szczep ten sam co w dośw. 8) (30. I.) — 500 gr. formaliny.

	wysiew po $3^1/_2$ g.			wysiew po 24 g.		
	24 g.	48 g.	4 dni	24 g.	48 g.	4 dni
1.	+	+	+	—	—	—
2.	—	+	+	—	—	—
3.	+	+	+	—	—	—
4.	+	+	+	—	—	—
5.	+	+	+	—	—	—
6.	—	—	—	—	—	—

kontr. po 24 godz. +.

Przeglądnijmy naprzód doświadczenia, wykonane z ręcznikiem. W doświadczeniach 2), 3) i 4) zostały już po 5 godzinach zabite bakterye duru; po $1^1/_2$ godz. bakterye okrężnicy i nawet po $^1/_2$ godzinie bakterye okrężnicy przyczepione na nitkach tak do wierzchu, jak i na dole ręcznika i zarówno powierzchowne, jak i w fałdzie ukryte. W doświadczeniach 3) i 4) mają znaczenie tylko wysiewy nitek, nie zobojętnionych NH_3, bo z nitek zobojętnianych amoniakiem i w kontrolach bakterye nie wyrosły. Doświadczenie 2) wykonano w 2 dni po pierwszem, dośw. 3) w 3 dni po drugiem, a dośw. 4) w 8 dni po trzeciem.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Stierlin i Schapiro. **Działanie morfiny, opium i pantoponu na ruchy przewodu pokarmowego u ludzi i zwierząt.** (Münch. med. Woch. 1912, 50). Autorowie mieli sposobność przeprowadzać swe badania na ludziach z przetokami jelitowemi i w ten sposób mogli badać ruchomość poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego. Wyniki tej seryi badań roentgenologicznych są następujące: morfina działa na żołądek różnych ludzi w różny sposób; wogóle opóźnia u ludzi młodych w dawkach średnich wypróżnianie się żołądka o kilka godzin, często o połowę zwykłego czasu; u dorosłych działanie to morfiny na żołądek jest znacznie słabsze i mniej stałe. W dwu przypadkach wzmożonej ruchomości żołądka wypróżnianie się jego po zażyciu opium następowało nawet szybciej niż bez opium. W jelicie cienkiem można było stwierdzić opóźnianie się posuwania miazgi (chymus) o kilka godzin (maximum 7 g.) pod wpływem morfiny w więcej niż połowie przypadków, przyczem często tylko dolne pętle jelita cienkiego ku kątnicy pozostawały dłużej wypełnione. Odgrywał w tem pewną rolę sphincter ileocoecalis, którego skurcz stanowił jakby przeszkodę; napięcie (tonus) jelita cienkiego nie wykazywało zwykle wyraźnych zmian; w wielu przypadkach jednak spostrzegano równocześnie niezwykle szerokie pętle obok wąskich, skurczonych. Na jelito grube u ludzi nie wywierała morfina nawet w dużych dawkach żadnego widocznego działania; napięcie nie ulegało też wpływom widocznym. Zasadniczo podobnie jak morfina działały opium i pantopon. W przewlekłym nieżycie kiszek biegunkowym ze silnie wzmożoną ruchomością (hypermotilitas) jelita cienkiego i grubego sprawiało opium lekkie opóźnienie posuwania się treści jelit, zwłaszcza w dolnych pętlach, podczas gdy treść w jelicie grubem mniej więcej równie szybko przebiegała aż do początku zagięcia esowatego; natomiast zagięcie to znacznie dłużej pozostawało wypełnionem w miarę znacznie opóźnionej defekacyi. Zapierające działanie przetworów makowca nie tłomaczy się we wszystkich przypadkach zmniejszeniem ruchliwości żołądka i jelit, lecz raczej opóźnienie środkowego odruchu defekacyjnego i przez to przedłużone przebywanie kału w zagięciu esowatem jest główną przyczyną tego działania. N.

Henes. **Badanie nad zawartością cholesteryny we krwi ludzkiej w różnych chorobach.** (Deut. Arch. f. Kl. med. T. 111). Cholesteryna nie jest produktem organizmu, lecz pochodzi z pożywienia. Pożywienie ubogie w cholesterynę, głodzenie, zły ogólny stan, wiek i gorączka obniżają ilość jej we krwi, podczas gdy miażdżyca, zapalenie nerek, otyłość i cukrzyca zwiększają; w rekonwalescencyi po tyfusie zwiększa się również ilość cholesteryny. Autor przypuszcza, że zmiany wszelkie w ilości cholesteryny dadzą się wytłumaczyć obfitem lub skąpem doprowadzeniem pożywienia, choć z drugiej strony nie są wykluczone inne warunki tworzenia się cholesteryny. N.

Aschoff. **Jak powstają czyste kamienie cholesterynowe?** (Münch med. Woch. 1913, 32). Wbrew nowszym poglądom na tworzenie się kamieni żółciowych, zwłaszcza poglądom Kretza (w podręczniku Marschanda i Krehla) obstaje autor przy swej dawnej teoryi, następującej: 1.) że istnieją dwa różne rodzaje kamieni, z których jedne powstają nie w stanach zapalnych, lecz innych n. p. pod wpływem zastoju i zaburzeń przemiany materyi, drugie zaś w następstwie zapalnego rozkładu treści woreczka żółciowego przy równoczesnem działaniu wydzieliny zapalnej ściany woreczka, 2.) że raz wytworzone kamienie zatrzymują swą formę tak, że z budowy kamienia można wyczytać jego patogenezę. Znaczenie praktyczne tej kwestyi jest ważne, gdyż z jednej strony można przez odpowiednią dyetę oraz inne

czynniki lecznicze zwłaszcza w ciąży przeszkodzić zbyt silnemu nagromadzeniu się cholesteryny w żółci i w ten sposób przeszkodzić tworzeniu się kamieni, z drugiej strony przy odpowiedniej zmianie pożywienia możnaby doprowadzić czyste kamyki cholesterynowe w początkach ich tworzenia się do rozpuszczania się. N.

Benario. **Przyczynek do patologii i terapii moczówki prostej.** (Münch. med. Woch. 1913, 32), Dokładne badania siedmiu przypadków moczówki prostej uprawniają autorów do wniosku, że w powstawaniu tego schorzenia odgrywa rolę tylny płat przysadki; zmiany w przysadce odnieść należy do spraw kilakowych, które w niej lub w jej otoczeniu się toczyły. Charakterem procesu kilakowego, jego powstawaniem i zmianami wstecznemi, jego rozległością jakoteż wyraźnym wpływem leczenia przeciwkiłowego tłomaczy się przerywane występowanie i zmiana natężenia objawów klinicznych moczówki. Z drugiej znów strony leczenie przeciwkiłowe pozostaje bez skutku, jeśli toczy się proces inny n. p. sklerotyczny. N.

Wyss. **Obrzęki po Natr. bicarbonic.** (Deut. Arch. f. kl. Med. T. 111). Tylko przy szczególnej dyspozycyi organizmu udaje się wywołać obrzęki po podaniu dwuwęglanu sodu; w tych razach wchodzą zwykle w grę schorzenia nerek, naczyń lub tkanek. Na pozostaje w organizmie i zostaje związany przez Cl, lub H_2 CO_3, sole zatrzymują wodę, co znów jest koniecznem do tworzenia się obrzęków. U chorych po podaniu dwuwęglanu sodu stwierdza się zatrzymanie wody, chloru, bezwodnika kwasu węglowego i sodu oraz zwiększenie ciężaru; także i u zdrowych napotyka się podobne zmiany, lecz w mniejszym zakresie. N.

Wittich. **Wartość metody Karella dla leczenia zaburzeń krążenia.** (Deut. Arch. f. kl. Med. T. 110). Autor stosował metodę Karella w leczeniu według oryginalnego jego przepisu, u chorych badał nietylko przemiany płynów, lecz także przemianę soli kuchennej, środki nasercowe podawał tylko w konieczności, a dla złagodzenia dolegliwości małe ilości morfiny. Za jedyne przeciwskazanie uważa uremię; o ile środki nasercowe muszą być zastosowane, to należy je podawać przy równoczesnej kuracyi Karella w mniejszych dawkach. Z pomocą metody Karella leczą się bardzo dobrze obrzęki pochodzenia sercowego, podobnie korzystny wpływ leczniczy wywiera ona na ciężkie zaburzenie krążenia przy przewlekłem zwyrodnieniu mięśnia sercowego; w innych zaburzeniach krążenia trzeba uciekać się do środków nasercowych. Istotną zaletą tego leczenia jest ograniczenie płynów i dowozu soli kuchennej. N.

Fischer. **O stosunku między stałem wzmożonem ciśnieniem a schorzeniem nerek.** (Deut. Arch. f. klin. Med. T. 109). Autor badał 550 przypadków kliniki w Tybindze wykazujących stałe wzmożone ciśnienie w kierunku ilości względnie procentu schorzeń nerek. U chorych wykazujących ciśnienie krwi większe niż 140 mm rtęci stwierdził w 62% przyp. pewne schorzenie nerek, u chorych z 180 mm Hg ciśnienia, w 80%; z tych ostatnich tylko w 3·6% nie było żadnych danych dla schorzenia nerek. We wszystkich przypadkach z trwałą hypertenzyą a klinicznie pewnem lub wątpliwem schorzeniem nerek, które były sekcyonowane, stwierdzono przy sekcyi schorzenie nerek; także i w przypadkach z klinicznie niepewnem schorzeniem nerek przebiegających można było mikroskopowo wykazać zmiany w nerkach. Autor zwraca uwagę, że w niektórych przypadkach przyjmowano na podstawie obrazu sekcyjnego makroskopowego np. nerkę zastoinową i przerost serca, podczas gdy badanie mikroskopowe wykrywało wyraźne i poważne zmiany miąższu nerkowego. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 4. VI. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 70.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Ciechanowski przedstawia preparat anatomiczny z przypadku **kamicy i ropienia dróg żółciowych,** operowanego przez prof. Kadera, który w przypadku tym wyciął pęcherzyk żółciowy, usunął kamienie z przewodów żółciowych i przewody osączkował. Koniec drenu, włożonego do przewodu żółciowego wspólnego, rozcięto wzdłuż na dwie rynienki, z których jedna wsunięta do przewodu wspólnego w kierunku jego ujścia, druga zaś do przewodu wątrobnego. Oba przewody rozszerzone do grubości małego palca. W przewodzie żółciowym wspólnym znajduje się blizko jego ujścia jeszcze jeden niewydalony przy operacyi kamyk, wielkości fasoli i miazga zawierająca drobniejsze złogi. W tej okolicy jest przewód wątrobny w jednem miejscu uchyłkowato wypuklony ku światłu dwunastnicy, zapewne pod wpływem w przewodzie zaklinowanego kamienia. W przewodzie wątrobnym oraz w znacznie również rozszerzonych śródwątrobnych przewodach żółciowych, obfita treść ropna. Jako dowód zakażenia ogólnego znaleziono przy sekcyi ostry obrzęk śledziony, ostre zapalenie nerek i zapalenie zastawek aorty (endocarditis ulcerosa).

3) Kol. Dr Hładij przedstawia chorego z kliniki chirurgicznej operowanego przez siebie z powodu **pęknięcia wrzodu żołądka.** Chory ten po zabiegu stosunkowo ciężkim dzisiaj ma się doskonale i wkrótce opuści klinikę, jako wyleczony.

4) Kol. Prof. Kader. a) nawiązując do przypadku przedstawionego przez kol. Prof. Ciechanowskiego, opisuje przebieg jego kliniczny, dokonany przez siebie zabieg operacyjny, zaznacza również swoje bardzo radykalne stanowisko, jakie zajmuje w leczeniu kamicy żółciowej. Na poparcie tego przytacza szereg przypadków spostrzeganych przez siebie w klinice jakoteż i w prywatnej praktyce. b) Następnie przedstawia prof. Kader **przyrząd** własnego pomysłu **do przepłukania jamy brzusznej,** podnosi jego zalety i przytacza na dowód wyniki uzyskane zapomocą tego przyrządu c) Omawia niezwykłe objawy kliniczne (krwiomocz i ostre zapalenie nerek) u chorej, operowanej przez siebie z wynikiem pomyślnym na **zapalenie wyrostka robaczkowego.** d) Przedstawia chorego, co do którego ma wątpliwości w rozpoznaniu pomiędzy rakiem wargi, a wrzodem twardym kiłowym; e) Chorą, u której rozpoznanie waha się pomiędzy tętniakiem aorty, a zropiałym gruczołem limfatycznym; f) Chorą z **mięsakiem piersi prawej,** dochodzącym do niebywałych rozmiarów; g) Chorą z zarośnięciem (ankylosis) **stawu żuchwowego,** u której wykonana przed dwoma laty operacya do żadnych nie doprowadziła wyników i przy tej sposobności omawia zabieg, jaki ewentualnie będzie potrzebny, aby chorej ulgę przynieść; h) Chorego, u którego rozpoznano **zapalenie wyrostka robaczkowego,** znajdującego się **w worku przepuklinowym,** a zabieg rozpoznanie potwierdził; i) Chorą operowaną z powodu **raka odbytnicy,** dzisiaj jeszcze bez nawrotu, u której wytworzyło się wypadnięcie kiszki stolcowej, około 15 cm długie; j) Omawia następnie, opisuje i podnosi zalety metody Bardenheuera operowania **zapalenia ropnego sutka,** na dowód wyższości tego sposobu operacyjnego ponad innymi przedstawiając przypadek operowany przez niego.

W dyskusyi: a) Kol. Prof. Braun, przypomina przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanego analogicznymi objawami, a przedstawionego niedawno przez

kol. Radlińskiego. b) Kol. prymaryusz Borzęcki twierdzi, że w wątpliwym przypadku raka wargi badanie co do krętków powinno wątpliwości roztrzygnąć. Podnosi on również, że radykalne stanowisko prof. Kadera w leczeniu kamicy żółciowej znajduje niejako odźwięk w nowoczesnem zapatrywaniu na zapalenie wyrostka robaczkowego. c) Kol. Prof. Jaworski omawia sprawę kamicy żółciowej ze stanowiska internistycznego i twierdzi, że zanadto radykalne stanowisko w bardzo wielu przypadkach nie jest należycie uzasadnione. Do tego przekonania doszedł mowca na podstawie obserwacyi bardzo licznych przypadków tak w klinice jak i w swojej prywatnej praktyce. Zaznacza również, że materyał, który mają chirurdzy, jest zupełnie inny, niż materyał internistów. Należy więc przy wypowiedzeniu tak dalece idących zapatrywań, brać w rachubę tak jeden, jak i drugi dział medycyny.

d) Kol. Blassberg jest również zdania prof. Jaworskiego.

e) Kol. Glassner jest zdania, że ostre zapalenie nerek i krwiomocz przy zapaleniu wyrostka robaczkowego jest wynikiem ogólnego zatrucia ustroju. Co się zaś tyczy kamicy żółciowej, to kol. G. tak stanowisko internistów jak i chirurgów, uważa za racyonalne.

f) W odpowiedzi przemawia jeszcze raz kol. prof. Kader i obiecuje na najbliższych posiedzeniach zebrawszy materyał kliniczny, przedstawić szeroko nowoczesne prądy i zapatrywania na leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego i kamicy żółciowej.

Posiedzenie z d. 11. VI. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 56.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Maurycy Landau przedstawił z kliniki chorób wewnętrznych U. J. chorego S. G, l. 21, cierpiącego na **icterus haemolyticus.** Bliższe szczegóły będą ogłoszone w osobnym artykule.

3) Kol. Wachtel wygłosił odczyt: **O wegetaryanizmie.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie z dnia 18 VI. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 77.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes poświęcił gorące słowa wspomnienia ś. p. prof. Pareńskiemu, podnosząc jego zasługi dla ojczyzny i społeczeństwa polskiego, niemniej jako człowieka nauki, jak i znakomitego lekarza. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie. Następnie zawiadomił prezes, że zamiast wieńca na trumnę ś. p. prof. Pareńskiego, przeznacza Towarzystwo 100 koron na fundusz wdów i sierot po lekarzach, poczem na znak żałoby posiedzenie zamknął.

Zubrzycki, sekretarz.

Feljeton.

Pamiętniki Dr Józefa Franka profesora Uniwersytetu wileńskiego. Z francuzkiego przetłómaczył, wstępem i uwagami opatrzył Dr Władysław Zahorski. T. I—III. Wilno. Nakładem Tow. Udz. »Kuryer Litewski«. 1913

(Ciąg dalszy).

W dniu urodzin cesarza Aleksandra I. 12 (24) grudnia 1805 r. zaprosił Frank do siebie na obiad wszystkich profesorów, wielu urzędników i lekarzy, znanych w mieście chirurgów i farmaceutów i dla upamiętnienia dnia tego przedstawił obecnym projekt Towarzystwa lekarskiego. Wszyscy go zaaprobowali i statut został posłany cesarzowi do zatwierdzenia. Pierwszymi członkami-założycielami zostali obecni na zebraniu: Jędrzej Śniadecki, August Becu, Jan Lobenwein, Ferdynand Spitznagel, Jan Braun, Eljasz Enholm, Grzegorz Gutt, Herz Heiman, Jakób Liboszyc, Andrzej Matusewicz, Jan Schlegel, Jakób Szymkiewicz, Jan Wolfgang i Karol Wagner. W ten sposób dzięki Frankowi powstało najstarsze polskie Towarzystwo lekarskie, a pierwsze w Rosyi, które pomimo zmienności losu przeżyło Uniwersytet wileński, położyło wielkie zasługi dla nauki i kraju i dotąd przetrwało, zachowując świetną tradycyę Uniwersytetu. W tym samym czasie zaczęła wychodzić w Wilnie gazeta literacka wydawana przez Grodka, do której Frank pisywał artykuły popularne z medycyny, lecz, nie podtrzymana przez Uniwersytet i społeczeństwo, prędko upadła.

W skutek nieporozumień, wynikłych przy wyborze protegowanego przez rektora Strojnowskiego kandydata na katedrę mineralogii Szymonowicza musiał ks. Strojnowski z rektorstwa ustąpić; w tymże czasie poszedł na emeryturę astronom ks. Poczobut, a na jego miejsce wybrany został emerytowany profesor Uniwersytetu krakowskiego Jan Śniadecki, starszy brat Jędrzeja. Zbyt są znane zasługi Jana Śniadeckiego, aby powtarzać o nim niepochlebne sądy Franka. Nie odmawiając Janowi Śniadeckiemu rozumu i nauki, twierdzi Frank, że nad wszystkiem górowała u niego pycha, nawet zarzuca mu zbytni patryotyzm. Po Strojnowskim po myśli Czartoryskiego, wybrany został większością na rektora nowomianowany Śniadecki. Niechętnym jest Frank i dla kuratora ks. Czartoryskiego, który nie wszystkie projekty jego co do zmian w Uniwersytecie aprobował.

Ponieważ ówczesny minister spraw wewnętrznych hr. Koczubej skarżył się raz przed Frankiem, że petersburska Akademia medyko-chirurgiczna i Uniwersytet moskiewski mało dostarczają lekarzy do armii, floty i służby cywilnej, a sprowadzanie z zagranicy jest za kosztowne i bezcelowe, gdyż cudzoziemcy nie znają rosyjskiego języka, przeto Frank przedstawił rządowi projekt urządzenia przy Uniwersytecie wileńskim konwiktu dla studentów medyków, utrzymywanych na koszt skarbu. Minister początkowo wątpił, ażeby Polacy mając wstręt do służby rosyjskiej wstępowali do konwiktu, jednakże projekt przedstawił cesarzowi, a ten go zatwierdził. Ks. Czartoryski był na razie projektem zachwycony, lecz zmienił zdanie dowiedziawszy się, że konwikt ma zależeć od gubernatora cywilnego i ministra spraw wewnętrznych »Spodziewał się tego« powiada Frank »bo dobrze znałem nasz uniwersytet, bym się łudził, by on chciał zaprowadzić konieczny porządek i dyscyplinę, a przytem przewidywałem, że niechętnie przygotowywanoby młodzież polską do służby rosyjskiej i uczono rosyjskiego języka«. Frank licząc na to, że go zamianują przełożonym konwiktu, co się też i stało, nie wyznaczył dla przełożonego pensyi.

Inna, o wiele ważniejsza propozycya Franka nie została uwzględnioną, a mianowicie, aby wywiezione za czasów Suworowa z Warszawy biblioteki publiczne, szczególnie Załuskich, zostały oddane Uniwersytetowi wileńskiemu. Minister odpowiedział na tę propozycyę, że cesarz chętnie by to uczynił, gdyby podobnej darowiznie nie stały na przeszkodzie pewne okoliczności; przedewszystkiem wiele osób, mających przy bibliotekach posady, szczególnie francuscy emigranci, utraciliby środki do życia a inicyatorowi projektu przysporzyło by to wiele wrogów. Innym razem wyłożył Frank hr Koczubejowi znaczenie reformy więzień systemu Howarda, na co Koczubej odrzekł, że więzienia są hańbą Rosyi, lecz mało może na to poradzić.

W r. 1805 Frank odwiedził ojca w Petersburgu, miał z nim audyencyę u cesarza i zaszczycony został zaproszeniem na obiad. Cesarzowa matka zapytywała Franka o jego »podróże«, książkę napisaną po francusku, która miała wielkie powodzenie, o zakłady dobroczynne wileńskie i o zatarg Franka z Siostrami miłosierdzia. Ponieważ Frank wiedział, że i cesarzowa nie była zadowoloną ze sprowadzonych z Wilna zakonnic, więc zapytany odparł, iż najlepsze z nich wybrano do szpitala J. C. Mości. Na to cesarzowa powiedziała: »Jeżeli te są najlepsze, to wyobrażam sobie, jakie nieznośne są wileńskie, skoro i moje do niczego«. W Petersburgu Józef Frank na życzenie cesarzowej matki zwiedzał cały szereg zakładów dobroczynnych i szpitali, któremi się cesarzowa opiekowała i następnie musiał jej zdać sprawę z braków, które mu wpadły w oko, jak n. p. że w szpitalach wojskowych łóżka są nie proporcyonalnie krótkie do wysokiego wzrostu rosyjskich żołnierzy. Pani Frankowa, bawiąc z mężem w Petersburgu, bywała też na dworze carskim, gdzie kilka razy śpiewała, akompaniując sobie na klawikordzie. Pewnego razu wywiązała się sprzeczka pomiędzy p. Frankową a cesarzem, czy język polski, czy rosyjski bardziej się nadaje do śpiewu. Cesarz

oddawał pierwszeństwo rosyjskiemu, a pani Frankowa broniła polskiego, zdanie swe opierając na tem, że w języku rosyjskim większość wyrazów ma akcent na ostatniej zgłosce, co czyni go podobnym do francuskiego, który tak mało się nadaje do śpiewu, gdy wyrazy polskie mają akcent na zgłosce przedostatniej i przez to przypominają język włoski. Dla poparcia swego twierdzenia zaśpiewała p. Frankowa po polsku. Cesarz ze zwykłą sobie galanteryą zakończył spór komplementem, zwróconym ku śpiewaczce.

W Petersburgu Frank poznał wielu lekarzy i osób wysoko położonych, pomiędzy innymi szambelana Józefa Augusta hr. Ilińskiego, marszałka szlachty wołyńskiej, który za czasów Pawła przyczynił się do uwolnienia z więzienia Kościuszki, Niemcewicza i innych. Radził się on Franka w sprawie założenia w kwitnących swych dobrach wołyńskich w Romanowie instytutu głuchoniemych pod kierownictwem słynnego Eichne z Berlina.

Na wiosnę w r. 1806 wojska, powracające z pod Austerlitz, zawlekły do Wilna tyfus, który pod jesień wybuchł z wielką siłą, a mianowicie za miastem w niezamożnym klasztorze Maryawitek, które trudniły się wychowywaniem neofitek. Klasztor ten otaczał cmentarz, na którym grzebano zmarłych przywożonych ze szpitali i więzień. Wszystkie prawie zakonnice i neofitki zachorowały obłożnie i kilka tylko pozostałych czuwało nad choremi, upadając ze znużenia. Położenie w klasztorze było rozpaczliwe przy braku żywności i drew. Frank, posiadając nieco środków, zebranych na cele filantropijne, mógł częściowo tylko przyjść im z pomocą, a licząc na współudział biskupa udał się do niego. Biskup przyjął Franka bardzo niechętnie, wówczas Frank zagroził, że uda się do generał-gubernatora, prosząc ażeby na rzecz klasztoru św. Stefana opodatkował bogatsze klasztory wileńskie. Sam tymczasem wziął się Frank energicznie do dzieła, urządził składki po mieście i prędko dzięki ofiarności chore klasztorne we wszystko zaopatrzono i zorganizowano opiekę nad 30 choremi; z zakonic umarła tylko jedna.

12. grudnia 1806 w dzień urodzin cara, odbyło się uroczyste otwarcie Towarzystwa lekarskiego przy licznym udziale publiczności w obecności generał-gubernatora. Frank przeczytał ukaz cesarski, który wszyscy wysłuchali stojąc, a następnie ustawę towarzystwa. Śniadecki wygłosił po polsku mowę o pożyteczności Towarzystw lekarskich, a Lobenwein miał odczyt »O wakcynie«. Wyboru na przewodniczącego Frank nie przyjął, pozostawiając sobie urząd sekretarza; prezesem wybrany został Jędrzej Śniadecki, a wiceprezesem Lobenwein. Polacy więc i Niemcy byli reprezentowani w zarządzie towarzystwa w równej mierze. Frank zakończył uroczyste posiedzenie odczytem o zakładach naukowych w Wilnie dla wykazania stosunku medycyny do innych nauk. W gorących słowach złożył hołd zasługom astronoma ks. Poczobutta, który opuszczając uniwersytet po 42-letniej pracy i dojściu do szczytu sławy, znalazł godnego siebie następcę w osobie Jana Śniadeckiego, a więc »pochodnia zapalona przez Kopernika nie zagaśnie w jego ojczyźnie«. Słowa te wywołały gorącą owacyę dla mowcy, a obecny na posiedzeniu bawiący w Wilnie wizytator szkół hr. Ludwik Plater podbiegł do Franka i gorąco go uścisnął[2]).

W r. 1807 Frank ukończył druk drugiego tomu swych podróży, napisał kilka rozpraw akademickich, o interesujących spostrzeżeniach, dostarczonych przez klinikę i zaczął drukować w Lipsku roczniki »Acta instituti clinici Cesareae Universitatis Vilnensis« dedykowane kuratorowi Uniwersytetu. Frank, dotąd wielki zwolennik systemu Johna Browna, szeroko jeszcze wówczas w medycynie panującego, w rocznikach swych wyrzeka się go. W rocznikach tych znajdujemy opis kliniki, sposobu nauczania praktykowanego przez Franka, próbę fizyczno-medycznej topografii Wilna, dalej spostrzeżenia chorób nagminnych i opis najbardziej interesujących. Wiele z prac tych zostało pochlebnie przyjętych, a niektóre przetłumaczono na język niemiecki.

Tegoż roku dokonywa Frank wielkiego dzieła dla dobroczynności Wilna, które go przeżyło i dotąd istnieje, a było niem rozszerzenie powstałej z jego inicyatywy pomocy lekarskiej »Clinicum ambulatorium«, które weszło jako osobny dział do nowo powstałej instytucyi. Przy gorącym udziale biskupa Kossakowskiego Frank stwarza dla Towarzystwa statut. Zadaniem Towarzystwa było leczenie chorych, opieka nad dziećmi i starcami i dostarczanie pracy. Środki potrzebne zdobywa Frank to drogą koncertów, na których śpiewa żona jego, to znowu zapomocą składek, które hojnie napływają. Szczególnie przyczynił się do powstania instytucyi młody wówczas ks. Dominik Radziwiłł, darowując stary pałac Radziwiłłowski z obszernym placem, i pacyentka Franka, bratowa biskupa, 80-letnia wdowa po hetmanie Kossakowskim, powieszonym w r. 1794.

Wojenne niepokoje odbijały się silnie na stanie Wilna, a razem z tem i na uniwersytecie. Po bitwie pod Preussisch-Eylau mnóstwo chorych i rannych napłynęło do miasta i znowu sprawa ich rozmieszczenia była na porządku dziennym. Uniwersytet powinien był uprzedzić rząd, proponując na szpital część swych zabudowań. Tego jednak nie zrobiono, sam więc generał-gubernator zagarnął jeden dom, a gdy prof. Malewski nie dość prędko usunął z niego mieszkańców, zagroził mu Sybirem. Ponieważ na szpitale wojskowe zabierano domy i klasztory w śródmieściu, przeto Towarzystwo lekarskie, za inicyatywą Franka, udało się do generał-gubernatora z przedstawieniem o mogącem grozić miastu niebezpieczeństwie przez rozszerzenie chorób zakaźnych. Śmiałość tej interwencyi i naruszenie pewnych form w podanem piśmie doprowadziła Korsakowa do wściekłości. Zawezwał Śniadeckiego, jako prezesa Towarzystwa, a gdy ten chciał się tłumaczyć, zagroził mu zsyłką i za karę przeznaczył jako zwykłego lekarza do jednego ze szpitali urządzonych w mieście. Tu wkrótce zaraził się Śniadecki i zachorował na tyfus, pozostając pod opieką lekarską Franka. Chociaż na podaniu był podpis i Franka, jako sekretarza, Korsakow ukrył swą niechęć do niego, nie chcąc wchodzić w zatarg z synem nadwornego lekarza monarchy. Choroby zakaźne coraz więcej się szerzyły; z inicyatywy Franka i klinika jego została zamieniona na szpital wojskowy, w którym studenci pełnili służbę felczerską. Satrapa litewski nie uniknął jednak starcia się z Frankiem; dla Franka było ono mniej groźne, co zawdzięczał on stosunkom w Petersburgu i listowi, zalecającemu z woli cesarskiej grzeczne obchodzenie się z profesorami.

Niedługo zdarzył się znowu wypadek, który wywołał starcie uniwersytetu z Korsakowem. W okolicach Słonima wybuchła epidemia dyzenteryi. Korsakow rozporządził, aby uniwersytet wysłał lekarza, co uwzględniono, a następnie, aby mu dano do pomocy studentów. Konwikt rządowy jeszcze nie był otwarty, a więc Korsakow domagał się wysłania studentów, pozostających na własnym koszcie, a jeśli ci nie zechcą, siłą będą zmuszeni. Frank, oburzony tem, pisze do ojca, skarżąc się na naruszenie praw autonomii uniwersytetu. Obawiał się jednak, aby list nie został przejęty, gdyż otwieranie i czytanie listów było na porządku dziennym i tylko dzięki złym stosunkom Korsakowa z dyrektorem poczty, list doszedł nienaruszony.

Z pomiędzy zatargów, jakie miał Frank w gronie profesorskiem, szczególnie występuje zajście jego z Becu. Frank zwykle pomagał swym uczniom w pisaniu rozpraw inauguracyjnych, które ostro krytykował Becu. Jeden z lepszych uczniów napisał rozprawę, mającą na celu obalenie metody Browna, leczenia wszelkich krwotoków płuc zapomocą środków podniecających. Becu odniósł się do rektora z żądaniem wykreślenia pewnych ustępów z rozprawy. Rektor zwrócił się do Franka z tą propozycyą dowodząc, że wadą młodzieży polskiej jest zarozumiałość i chełpliwość, z którą należy walczyć i że sąd o Brownie i jego wyznawcach może jest i słuszny, lecz zbyt ostry i rażący w ustach młodego ucznia. »Cóż mi pozostawało« — powiada Frank — »jak nie ustąpić wobec argumentu o wadzie narodowej, od której i pan rektor nie był wolny« (?). »W swych wykładach« — mówi Frank w pamiętnikach — »wszędzie, gdzie medycyna styka się z naukami moralnemi i fizycznemi starałem się obudzać poszanowanie dla religii i władzy, aby nie mogli nam robić zarzutu, że uczymy młodych lekarzy, by patrzyli na człowieka, jako na wytwór natury nie złączony z podobnymi sobie węzłami socyalnymi. W wykładach starałem się przedstawić naukę w całej objętości, przytem podawałem tylko fakta, wystrzegając się hipotez«.

Krup był już znany jako choroba lekarzom wileńskim, a prof. Matusewicz napisał nawet o tej chorobie artykuł, drukowany w »Dzienniku wileńskim«. Publiczność dowiedziała się z gazet, że z tej choroby w r. 1807 umarł syn Ludwika Bonapartego, króla Holandyi, a Frank zaznajamia z nią ogół w artykułach do »Kuryera wileńskiego«. W gazecie tej początkowo drukowano sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego, lecz następnie przekonał się Frank, że należało je umieszczać tylko w pismach lekarskich, ażeby nie dawać publiczności sposobności do wtrącania się do spraw czysto fachowych.

Mówiąc o swych chorych i przypadkach śmierci nie raz

---

[2]) Szczegóły o otwarciu Towarzystwa Wileńskiego zawarte są w pracach: W. Zahorskiego: »Zarys dziejów Cesar. Tow. Wileń.« 1898 i J. Bielińskiego: »Stan nauk lekarsk. za czasów Wil. Akad. Medyko-Chirurg.« Warszawa 1889.

wspomina Frank, że męczyła go niepewność, czy nie popełnił błędu w leczeniu, a te udręczenia miał przez całe życie.

Czynna natura Franka nie zadowalnia się pracą w Towarzystwach lekarskiem i dobroczynności. Otwiera on jeszcze instytut wakcynacyi, mający na celu rozpowszechnienie szczepienia ospy w całym kraju. W zakładzie robiono bezpłatnie, a chirurgom i lekarzom odsprzedawano szczepionkę za małą opłatą. W ustawie instytutu wymieniono, że szczepionka powinna być brana od dzieci zdrowych i urodzonych ze zdrowych rodziców »wolnych od kołtuna i innych udzielających się chorób«. Oprócz kierownika instytutu, Franka, był osobny dyrektor, adjunkt i 4 pomocnicy ze skarbowego konwiktu przy uniwersytecie. Według osobnego paragrafu ustawy każdy szczepiony otrzymywał poświadczenie od instytutu z zaręczeniem, że nie zachoruje na ospę naturalną i jakoby w czasie bytności Franka w Wilnie nie było podobnego przypadku pomimo istniejących epidemii ospy. Instytut wakcynacyi otwarto uroczyście 17 maja w dzień urodzin Jennera, w pięć lat po takimże obchodzie na cześć Jennera w Londynie, na którym był Frank obecnym. Przy otworzeniu instytutu w Wilnie Frank powiedział w mowie swej: »Znając dobroczynne instytucye Anglii sądziłem, iż nie ma narodu, któryby chciał i mógł tyle robić, co Anglicy, teraz przekonuję się jednak, jak dobroczynnym jest naród polski i nikt nie dopatrzy się w tem pochlebstwa (»prawda, prawda« zawołał generał-gubernator), jeżeli powiem, że nie można wskazać innego miasta, któreby przy nie wielkiej ilości mieszkańców dało tyle na cele dobroczynne, co Wilno przez lat kilkanaście«.

Wkrótce potem Dr Feliks Bartalozzi, lekarz włoski, zamieszkały od dłuższego czasu na Podolu, przyjechawszy do Wilna dla poznania jego instytucyi oświatowych i dobroczynnych, był niemi tak zachwycony, iż powiedział, że Wilno zasługuje na to, aby w niem spoczęły zwłoki największego filantropa Johna Howarda. Ten wielki filantrop, reformator więzień, szpitali i zakładów dobroczynnych umarł na dżumę podczas podróży w Chersonie w r. 1790, gdzie znajdowała się jego opuszczona mogiła. Zapalił się Frank na razie do projektu przeniesienia szczątków Howarda do Wilna, uważając że »cała Europa przyklasnęłaby hołdowi, złożonemu pamięci wielkiego człowieka«, lecz prędko musiał ochłonąć, tem więcej, że przewiezienie zwłok i wzniesienie odpowiedniego pomnika byłoby połączone z olbrzymim kosztem. Jeżeli ten projekt nie doszedł do skutku, to natomiast inne, realniejsze, w których czynny brał udział Frank, uwieńczyło powodzenie, a mianowicie: gabinet fizyczny otrzymał znaczną liczbę przyrządów, zakupiono górę przylegającą do ogrodu botanicznego, skończono budowę oranżeryi kosztem 7·000 rubli, wreszcie cesarz ofiarował 50 tys. rubli na budowę teatru anatomicznego i t. d. W tymże roku doszła Franka pomyślna wiadomość, że udało mu się polepszyć położenie studentów, pozostających na koszcie skarbowym, natomiast niemile dotknął go zatarg z Uniwersytetem w sprawie wykładów. Profesorowie byli obowiązani mieć 6 godzin wykładów tygodniowo; niektórzy z wydziału fizycznego i lekarskiego wykładali 4 razy tygodniowo, lecz po $1^1/_2$ godziny, przez co zyskiwali dwa dni wolne w tygodniu. Frank protestował przeciw temu dowodząc, że to jest ze szkodą słuchaczów, którym trudno skupić uwagę na wykładzie, trwającym dłużej niż godzinę i że związek pomiędzy lekcyami lepiej zachować przy wykładach krótszych, lecz codziennych; powoływał się przytem na zwyczaje przestrzegane w tym względzie na Uniwersytetach w Getyndze, Edynburgu, Jenie, Wiedniu i innych. Tylko w Paryżu z powodu znacznych odległości wykłady były dwugodzinne. Oprócz tego robił Frank pewne uwagi co do rozkładu wykładów porannych i popołudniowych uwzględniając rano przedmioty teoretyczne, wieczorem praktyczne. Uniwersytet te i inne propozycye Franka odrzucił; wówczas Frank, jako zastępujący rektora, przesłał swój protest do ministra, lecz i to pozostało bez skutku. Znalazł się więc w położeniu nieprzyjemnem z podrażnioną miłością własną i mocno żałował, że na razie odrzucił parę propozycyi zaofiarowanych mu katedr w innych Uniwersytetach, lecz wówczas przywiązanie do Wilna go zatrzymało.

Mroźna zima r. 1809 powiększyła znacznie ilość ubogich chorych, Frank przy pomocy żony organizuje na ich korzyść szereg koncertów, które dały znaczny dochód. Pomimo mrozów występują zimnice przy zamarzniętych błotach, co według Franka dowodzi, że nie błota są przyczyną tych chorób. Z powodu drożyzny chininy podaje Frank chorym korę chinową, której doskonałe działanie wypróbował jeszcze w Pawii. Tłumnie zgłaszali się do Franka kołtunowaci, szczególnie cierpiący od zimna, a wielu z nich z owrzodzeniami charakteru rakowatego, co naprowadza go na myśl, że pomiędzy kołtunem a rakiem zachodzi pewien związek. Widząc jaką opieką cieszą się położnice w Anglii i we Francyi postanawia Frank i w Wilnie roztoczyć nad niemi opiekę. Udaje mu się to; przy pomocy ofiarności, szczególnie żony byłego generał-gubernatora, baronowej Beningsenowej i hetmanowej Kossakowskiej powstaje instytut macierzyństwa, stanowiący trzeci Wydział Towarzystwa Dobroczynności. Zadaniem instytutu było udzielanie opieki ubogim położnicom w ich mieszkaniach, pomoc lekarska i materyalna, opłata akuszerek, wzywanie lekarzy specyalistów i t. d. Początkowo projekt ten, jak i inne spotkał się z drwinkami i wiele pań nie chciało się zapisać na członków, ale kiedy Napoleon założył podobny instytut w Paryżu, nie było słów na pochwałę wileńskiego projektodawcy. Hr Ludwik Plater, drukując w »Dzienniku oświecenia publicznego« w Petersburgu sprawozdanie o Uniwersytecie wileńskim szczególnie wyróżnia działalność Franka.

Rząd rosyjski, potrzebując wciąż do służby lekarzy, sprowadza studentów niemieckich, a tych, którzy nie mogą poddać się egzaminowi jako niedostatecznie przygotowani, przysyła do Wilna, aby dopełnili swą wiedzę pod dozorem Franka. Daje to możność Frankowi wyjednania nowych środków dla kliniki i uzupełnienia w niej braków. Oprócz studentów przyjeżdżają lekarze z różnych stron słuchać wykładów Franka, a wielu z nich zostaje następnie profesorami, jak Mudrow w Kazaniu. Nie mogąc wpływać na profesorów, by sumiennie spełniali obowiązki, stara się Frank zmusić studentów do pożytecznej pracy. Między innemi Herberski tłumaczy na polskie podręcznik anatomii Hempela, Wojniewicz fizyologię Prochaski, inny podręcznik Okena, jak należy dokonywać sekcyi zwłok. »Nietylko zachęcałem do nauki studentów« — powiada Frank — »ale starałem się zwalczać w nich wrodzone uprzedzenie do rządu rosyjskiego, które będzie nieszczęściem całego ich życia. Rosya przedstawia do karyery obszerne pole, na którem mogliby zużytkować swoje zdolności, a przez to zdziałać wiele dla chwały swojej ojczyzny, skoro będą uznani za najlepszych lekarzy. Przy tem wpływałem, ażeby czuli wdzięczność dla cesarza i dla instytucyi, która ich przygarnęła«.

O ile rządy generał-gubernatora barona Benningsena były dla Uniwersytetu pomyślne, o tyle rządy następcy jego Rimskiego-Korsakowa bardzo ciężkie. Zmieniło się to na lepsze z mianowaniem Kutuzowa, który interesował się Uniwersytetem, ale nie chciał wywierać nań żadnego wpływu, ani wdzierać się w jego autonomię. W r. 1809 omawia Frank w liście do kuratora ks. A. Czartoryskiego cały szereg postulatów mających na celu ulepszenie porządków uniwersyteckich, począwszy od tego, że profesorowie zjawiają się na uroczyste obchody w rozmaitych strojach, w togach, mundurach, lub na mundury wkładają togi, lub zupełnie się nie zjawiają; studenci nie uczęszczają na wykłady, źle się na nich zachowują, a czasem staczają bójki. Pomiędzy wydziałami jedynie lękarski cieszy się lepszą reputacyą. W liczbie reform, które Frank uważał za konieczne i za warunek dalszej swej pracy w Wilnie, były następujące: 1) Funduszami uniwersyteckiemi powinna zarządzać osobna komisya, a nie rektor i profesorowie, którzy powinni zajmować się sprawami czysto naukowemi. 2) Rektor ma być mianowany na trzy lata. 3) Nowy rektor musiałby przedstawić nowy statut uniwersytecki do zatwierdzenia władzy. 4) Komitet, stanowiący dyrekcyę szkół, powinien zostać przyznany w statucie Uniwersytetu. W razie przyjęcia tych propozycyi i opracowania statutu Frank ofiaruje się na stanowisko rektora, zaręczając, że Uniwersytet w krótkim czasie zrówna się z najprzedniejszemi akademiami Europy i że duch jego ożywi kraj cały, a mieszkańcy będą go błogosławić. Ponieważ obowiązki rektora zmusiłyby Franka do wyrzeczenia się praktyki, wymagał podczas rektoratu większej pensyi. Stanowisko rektora Uniwersytetu wileńskiego różniło się od innych, gdzie rektor był wybierany na rok jeden i był tylko pierwszym pomiędzy równymi. Rektor wileński był naczelnikiem nie tylko Uniwersytetu, lecz oświecenia publicznego w 9 guberniach kraju, przewyższającego obszarem niejedno królestwo. Stanowisko rektora od założenia Uniwersytetu zajmowali biskupi i inne znakomite osoby, wybierani byli na trzy lata, a nieraz ponownie i na następne trzechlecia. Frank uważał siebie za całkiem przygotowanego do tego stanowiska i wylicza swe kwalifikacye, podnosi, że zna inne uniwersytety i przestudyował ich organizacye, uważa też siebie za znawcę miejscowych stosunków i za dostatecznie władającego językiem polskim. Na przedłożenie Franka odpisał książe Czartoryski, przytaczając argumenty na dowód, że właściwszem jest stosowanie się do form istniejącej organizacyi uniwersyteckiej. Czartoryski nie wątpi w to, że najlepsze chęci i gorące oddanie się sprawom Uniwersytetu nakłoniły Franka do napisania listu, przy czem zaznacza z powodu nadchodzących wyborów że w obec zasług Jana Śniadeckiego chciałby go widzieć ponownie rektorem.

Zniechęcony, jak widać, tym listem do spraw uniwersyteckich przestaje Frank uczęszczać na posiedzenia uniwersyteckie, a nie chcąc działać przeciw woli kuratora, nie bierze udziału w wyborach rektora; większością głosów ponownie zostaje wybrany Śniadecki.

(C. d. n.). Talko-Hryncewicz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Otwarcie roku szkolnego w Uniwersytecie Jagiellońskim odbyło się w sobotę, 11. b. m. Rektor Dr Kostanecki po przemówieniu inauguracyjnem wygłosił odczyt p. t. »Leonardo da Vinci jako anatom«.

— Redaktor główny Przeglądu lekarskiego, prof. Dr Stanisław Ciechanowski, powrócił do zajęć. Obecny adres redakcyi: ul. Wolska, l. 28, II. p. Telefon 3105.

— Ks. Franciszek Giedroyć z Warszawy, znany historyk medycyny uzyskał doktorat lekarski w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Prof. Dr Dobrowolskiemu za książki ofiarowane bibliotece Towarzystwa.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. X. do 11. X. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 2 † —), krztuśca 1 † — (— † —), ospy wietrznej 3, płonicy 11 † 1 (2 † —), odry 14 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 3 † — (1 † 2), czerwonki 5 † — (2 † 1), gorączki połogowej — † —, róży — † —.

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 29 IX. do 6. X. 1913 przypadków: ospy 4 † 2, płonicy 10 † 3, duru brzusznego 2 † —, róży 1, czerwonki — † —, błonicy — † —. Dr Trenkner.

Mianowani: Dr Régis profesorem psychiatryi w Bordeaux; Dr Moure profesorem otoryno-laryngologii tamże; Dr Cesare Sacerdotti profesorem patologii ogólnej w Sienie; prof. Dr Walter Kruse z Bonn zwycz. profesorem higieny i dyrektorem zakładu badania środków spożywczych w Lipsku; Dr E. S. Reynolds profesorem medycyny wewn. w Manchester.

Koncepiści sanitarni Dr Jakób Sokal, Dr Władysław Szumowski i Dr Antoni Biliński mianowani lekarzami powiatowymi, a asystenci Dr Stefan Kruczek i Dr Alfred Biegelmajer koncepistami sanitarnymi.

Redakcya otrzymała: Dr Adam Wizel: Zaburzenia płciowe pochodzenia psychicznego. Warszawa 1914. — Dr Adam Wizel i Dr Natalia Zylberlastówna: Zjawiska psychogalwaniczne u umysłowo chorych. Odbitka z »Neurologii Polskiej«. 1913. — Dr J. Jaworski: Z kazuistyki uszkodzeń jednocześnie pochwy i odbytnicy. Odb. z »Gazety lekarskiej«. 1913. Nr 36. — Dr J. Jaworski: Znaczenie sądowo-lekarskie Missed abortion i Missed labour. Odb. z »Gaz. lek.« 1913. Nr 29. — Dr Henryk Higier: Obecny stan nauki o stosunku układu nerwowego do narządów trawiennych. Odb. z »Gazety lek.« 1912. Nr 13—14. — Dr Henryk Higier: Operacya Foerstera przecięcia korzeni czuciowych rdzenia, operacya Spitzyego wszczepienia nerwów obwodowych i operacya Stoffela wyłączenia częściowego nerwów ruchowych w przypadku porażenia skurczowego powstałego po ostrem zapaleniu mózgu w wieku młodzieńczym. Odb. z »Gazety lek.« 1913. Nr 5—6.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LII. Kraków, dnia 25 października 1913. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu Pasteura w Paryżu. Z pracowni Dr Levaditiego.

Obecność krętków bladych w mózgu przy porażeniu postępującem w związku z etyologią i leczeniem porażenia postępującego.

Podał

Dr Julian Bańkowski,

asystent zakładu higieny U. J.

Ścisły związek zakażenia kiłowego z porażeniem postępującem oddawna został podkreślony zarówno przez najwybitniejszych syfilografów, jak i psychiatrów. Blizko 50 lat temu Esmarch, Jessen, Hildenbrand, Kjelberg i inni stwierdzili niezwykłą częstość kiły w etyologii porażenia postępującego oraz wypowiedzieli przekonanie, że źródłem porażenia postępującego jest kiła. 15 lat później w pracy o kile mózgu najwybitniejszy syfilograf francuski, Fournier, zdanie to rozwija z wielkim talentem i przyczynia się do najszerszego jego rozpowszechnienia. Wraz z Erbem, Regisem, Raymondem przeważna liczba wybitnych psychiatrów staje na stanowisku kiłowego pochodzenia porażenia postępującego.

Jednakże to ogólne ujęcie porażenia postępującego nie zapewnia jednolitości i jasności poglądów w tej sprawie. Sam Fournier, najgorętszy zwolennik teoryi kiłowego pochodzenia porażenia postępującego, w książce swej o kile mózgu oddzielnie rozpatruje porażenie postępujące wrzekome, kiłowe (pseudoparalysie génerale syphilitique) i porażenie postępujące właściwe (paralysie générale vraie), pozostające w związku z kiłą, lecz nie będące kiłą co do swej istoty w utartem znaczeniu tego pojęcia. Najzaciętszy przeciwnik, Joffroy, w odpowiedzi Fournierowi twierdzi, że nie zna i znać nie chce porażenia postępującego pochodzenia kiłowego[1]). Są to dwa cierpienia co do swej istoty zupełnie różne. Mogą ze sobą współistnieć. Kiła może przygotowywać grunt dla cierpienia mózgowego odmiennej natury, tak jak alkoholizm przygotowuje grunt dla gruźlicy.

[1]) »Eh bien je dirais a M. Fournier: que si je connais un peu la syphilis, si je connais peut-être un peu mieux la paralysie générale, je ne reconnais pas, je ne veux pas connaitre la paralysie générale de la syphilis, la paralysie générale syphilitique...« (Bull. de l'Acad. de Medic. 1905).

Te dwa krańcowe stanowiska określają szerokie ramy, mogące w sobie pomieścić najrozmaitsze pośrednie poglądy, których wielka liczba została sformułowana. Więc diathesis syphilitica, deuteropathia (zmiany mózgowe w porażeniu postępującem są wtórne i nie swoiste) (Hallopeau), działanie nieznanych toksyn kiłowych, podobne do działania późnego toksyn błoniczych na serce (Strümpell) i t. p.

Najbardziej utartem stało się nie dość ścisłe ujęcie porażenia postępującego jako cierpienia metasyfilitycznego czy parasyfilitycznego pod wpływem prac Fourniera, Erba i innych.

Bogaty materyał faktów, zebrany przy badaniu tej wciąż aktualnej sprawy, udowadniał niewątpliwie kiłowe pochodzenie porażenia postępującego.

Dowodziły tego przedewszystkiem dane statystyczne. Już Fournier wykazał, że na 42 statystyki w 14 statystykach kiła występuje nie mniej, niż w 80% w etyologii porażenia postępującego. Dalej wykazał, że na 79 przypadków porażenia postępującego, zebranych przez niego, w 63 leczenie przeciwkiłowe było krótkie lub niedostateczne, a tylko w 4 zadowalniające. Nowsze statystyki, z całą ścisłością kontrolowane, wykazują w etyologii porażenia postępującego kiłę w 90% [2]).

Badania kliniczne i epidemiologiczne dostarczyły przekonywających dowodów. Więc przedewszystkiem od 30 z górą lat znane porażenie postępujące wieku młodzieńczego (p. pr. juvenilis), w którem stale można wykazać współrzędnie znamiona kiłowe u chorych (na oczach, uszach, zębach) lub w najbliższem rodzeństwie, lub wreszcie porażenie postępujące, czy wiąd rdzenia (tabes) u rodziców. Dalej t. zw. paralysis pr. conjugalis, czyli porażenie postępujące u obu małżonków, jako skutek zakażenia kiłowego jednego z nich — spostrzegano coraz częściej. Na 1000 przypadków porażenia postępującego spostrzegali Junius i Arndt 38 przypadków tego rodzaju. Bardzo ciekawe w tym względzie są dane Hauptmana, oparte na badaniach serologicznych: znajdował on odczyn Wassermanna dodatni u obu małżonków, jeśli jedno z nich cierpiało na chorobę układu nerwowego pochodzenia kiłowego, lub jeśli jedno z nich przechodziło kiłę, która nie pozostawiła żadnych śladów, lub wreszcie było pozornie zdrowe, w wywiadach nie wykazywało kiły,

[2]) Hoche. Dementia paralyt. Hndb. d. Psychiatrie pod red. prof. Aschaffenburga.

lecz odczyn Wassermanna miało dodatni. Ten autor podkreśla uderzający fakt, że kiła w lues conjugalis miała przebieg ukryty (latent) w 100%.

Wreszcie dodajmy do powyższych faktów dane serologiczne — odczyn Wassermanna dodatni w 100% (Nonne), badania cytologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego, analogię z zakażeniami świdrowcowymi, zmiany anatomo-patologiczne [3]).

Te wszystkie fakty o tyle posunęły naprzód sprawę etyologii porażenia postępującego, że zdołały zachwiać najbardziej rozpowszechnioną teoryę t. zw. zmian metasyfilitycznych.

Cierpienia takie, jak porażenie postępujące i wiąd zaczęto uznawać za cierpienia kiłowe nietylko co do ich pochodzenia, lecz i co do ich istoty [4]).

Wszystkie powyższe fakty stanowiły pośrednie dowody, analogie i pozostawiały wciąż jeszcze wątpliwości. Podejmowane przez wielu autorów badania mikroskopowe dawały stale wynik ujemny (Levaditi, Marinesco i w. in.). Badania doświadczalne również rzeczy nie wyjaśniały. Nie wyjaśniały sprawy podane przez Kraft-Ebinga doświadczenia, wykonane przez anonimowego autora, polegające na szczepieniu kiły chorym na porażenie postępujące z ujemnym wynikiem (nawiasem mówiąc, badania w takim samym stopniu niehumanitarne, jak i bezowocne). Landsteiner [5]) miał otrzymać w jednym przypadku wynik dodatni przy szczepieniu małpy zawiesiną mózgową, pochodzącą od chorego na porażenie postępujące. Odosobniony ten przypadek nie został dotąd przez nikogo potwierdzony mimo powtórzenia podobnych badań (Uhlenhut i Mulzer) [6]).

Ujemne wyniki badań bakteryologicznych i doświadczeń na zwierzętach, niedziałanie środków przeciwkiłowych, niepodobny do przyjętego schematu obraz anatomiczny, wszystko to pozostawiało otwartą sprawę etyologii porażenia postępującego.

Badania ostatnich czasów Noguchiego i Moore [7]), i wkrótce po nich ogłoszone badania Marinesco i Minea [8]), i nasze (Marie, Levaditi i Bańkowski) [9]) wypełniają tę lukę, jeśli nie całkowicie, to w znacznym stopniu.

[3]) Zmiany te, nie odpowiadające trzeciorzędnemu okresowi kiły, stanowiły dowód przeciwko teoryi kiłowej. Zwrócono uwagę wszakże na podobieństwo ich do zmian mózgowych w śpiączce chorobowej, do zmian w hepatitis interstitialis luetica, orchitis fibrosa luetica. Nowsze badania obraz anatomiczny w porażeniu postępującem uważają za typowy dla późnej kiły. (Stargardt. Zeitschr. f. Psych. Nr 69).

[4]) Patrz sprawozd. z zeszłorocznego Zjazdu niemieckich psychiatrów. (Tagung d. deutschen Vereins f. Psychiatrie).

[5]) Internat. Kongr. f. Hyg. u. Demogr. 1907. Cbl. f. Bakt. Ref. Bd. 57. 164.

[6]) Uwaga przy korekcie. Noguchi (Journ. of Medic. Assoc. z d. 12. VII. 1913) i Hans Berger (Münch. med. Woch. Nr 35. 2. IY. 1913) otrzymali pozytywne wyniki, szczepiąc króliki zawiesiną mózgu, pochodzącą od chorych na poraż. postęp.

[7]) H. Noguchi et Moore. Journ. of exper. M. 1. Luty 1913. Ciż. Comptes rendus de la Soc. de Biol. Marzec 1913. Ciż. Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr 14. Moore. Journ. of nervous and mental diseases. 1913. XL. p. 172.

[8]) Marinesco et Minea. Bull. de l'Acad. de Med. Nr 12. 1. kwiecień 1913.

[9]) Marie, Levaditi et Bańkowski. Compt. rendus de la Soc. de Biol. 19. IV. 1913. i Compt. rendus de la Soc. de Biol. 10. V. 1913.

W kilku przytoczonych powyżej pracach Noguchi i Moore [7]) podali, że w korze mózgowej paralityków postępujących zdołali wykazać krętki blade, posługując się metodą Levaditiego impregnacyi azotanem srebra. W pierwszej seryi badań wykazali oni obecność krętków w 12 przypadkach na 70 zbadanych mózgów. W następnej pracy [10]) Noguchi podaje badania, obejmujące 200 przypadków, z których w 48 zostały wykazane krętki. Metoda badania w zasadzie ta sama, w szczegółach nieco zmieniona. W największej liczbie przypadków krętki były rozsiane w korze mózgowej, bardzo rzadko w istocie białej, pozostawały w blizkim związku z komórkami nerwowemi, czasami z wypustkami cylindrów osiowych. Bardzo rzadko były widoczne w blizkości naczyń krwionośnych, nigdy nie znajdowały się w ścianach naczyń, ani w zgrubiałej oponie miękkiej.

Na 12 zbadanych rdzeniów z przypadków wiądu miał Noguchi znaleść w jednym przypadku krętki blade.

Marinesco i Minea [8]) potwierdzili wyniki, otrzymane przez Noguchiego. Na 26 przypadków zbadanych wykazali ci autorowie krętki w jednym przypadku porażenia postępującego.

Wspólnie z Levaditim i Marie zaraz po ukazaniu się prac Noguchiego i Moore rozpoczęliśmy badania w tym kierunku na materyale, pochodzącym z Asile de Villejuif (Dr Marie). Wykonaliśmy dwie serye badań, z których pierwsza obejmuje 24 przypadki i dotyczy mózgów, przechowywanych w formalinie od dłuższego czasu, druga, dotycząca bieżącego materyału sekcyjnego, obejmuje 8 przypadków; materyał z tych 8 przypadków otrzymany był w możliwie świeżym stanie i możliwie wcześnie.

W pierwszej seryi posługiwaliśmy się metodą (powolną) Levaditiego w jej klasycznej formie. Skrawki dość cienkie — 2 do 5 mm., przenoszono z 10% formaliny do 90° alkoholu na 20 godzin, po opłukaniu w wodzie impregnowano azotanem srebra (1,5 : 100,0) przy 37° C. w ciągu 3—4 dni, redukowano w kwasie pyrogallusowym (4,0 : 100,0) z dodatkiem 5,0 : 100,0 formaliny. Używaliśmy również modyfikacyi szybkiej tej metody, podanej przez Levaditiego i Manouëliana.

Obie te metody stanowią klasyczny sposób wykazywania krętków bladych w tkankach i oddały w tym kierunku bardzo wielkie usługi. W zastosowaniu do tkanki mózgowej — mimo że pozwoliły wykazać krętki — nie są pozbawione ujemnych stron. Najczęściej zostają impregnowane silnie włókna nerwowe i w tych razach wykazanie delikatnych tworów, jakimi są krętki, staje się niepodobieństwem. Powinowactwo azotanu srebra do włókien nerwowych najwidoczniej musi być niemal takie samo, jak i do krętków. Wobec tego trudno znaleść sposób pewny, któryby ze stałą prawidłowością dawał wyniki pożądane. Liczne próby, wykonane przez nas, jak modyfikowanie czasu w rozmaitych okresach barwienia, wywołanie zmian w tkance zapomocą maceracyi, fermentów i t. p., wyników stałych nam nie dały. To samo stwierdzają Marinesco i Minea. Noguchi po wprowadzeniu drobnych modyfikacyi miał otrzymać znaczniejszy odsetek dodatnich wyników, lecz dane liczbowe nie przemawiają za stałością i prawidłowością tych wyników. Najlepsze jeszcze wyniki dawało nam dłuższe trakto-

[10]) l. c. (Münch. med. Woch.).

wanie alkoholem (3—4 dni). Przy używaniu grubszych skrawków i dłuższem traktowaniu alkoholem, impregnowaniu w zwykłej ciepłocie, udaje się często otrzymać preparaty bardzo dobre, o włóknach brunatno, krętkach czarno zabarwionych.

Dość wielka żmudność metody nie pozwala na dokładne zbadanie większych odcinków mózgu w każdym przypadku.

Wobec tego w drugiej seryi badań, wykonanej na materyale świeżym, postępowaliśmy w sposób prostszy. Po usunięciu opony miękkiej wycinaliśmy nożyczkami drobny kawałek kory mózgowej (2—3 mm.), rozcieraliśmy na szkiełku przedmiotowem w paru kroplach rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, kroplę zawiesiny przenosiliśmy na drugie szkiełko, rozcieńczaliśmy rozczynem soli, przykrywaliśmy szkiełkiem nakrywkowem i badaliśmy w ultramikroskopie. Z tej samej zawiesiny sporządzaliśmy preparaty stałe do barwienia metodą Fontana [11])-Tribondeau [12]), tuszem, błękitem Löfflera. Zasługuje na wyróżnienie bardzo prosta i dobra metoda Fontany-Tribondeau.

Każdy mózg badaliśmy systematycznie, t. j. kolejno badaliśmy zakręty mózgowe, poczynając od przednich płatów.

Na 24 przypadków seryi pierwszej wykazaliśmy krętki blade w 2 przypadkach. Na 8 przypadków seryi drugiej znaleźliśmy je we wszystkich przypadkach. Te 8 przypadków dotyczą paralityków, zmarłych wskutek udaru.

Nie podajemy szczegółowych historyi chorób tych przypadków [13]). Pochodzą one wszystkie z zakładu dla umysłowo chorych, gdzie rozpoznanie porażenia postępującego stwierdzone było przez kilku lekarzy bez żadnych zastrzeżeń. W 5 przypadkach w wywiadach kiły niema (nie la syphilis), w jednym kiła przed 13 laty, w 2 niema wzmianki w tym kierunku. Objawy kliniczne, opisane w historyach chorób, typowe dla porażenia postępującego. Obraz pośmiertny: meningo-encephalitis diffusa. Czas trwania choroby w zakładzie najczęściej od 1 roku do 7 lat. Przyczyna śmierci w 9 przypadkach udar, w jednym przypadku — przebieg długotrwały ze zwolnieniami, z charłactwem. Wiek zmarłych — od 36 do 50 lat.

Morfologicznie krętki były typowe, niekiedy miały formy zaokrąglone. Co do ilości krętków, to w 3 przypadkach były bardzo liczne (jak w przypadkach wątroby kiłowej płodu zmacerowanego), w 3 liczne, w 2 bardzo rzadkie. W największej liczbie i najczęściej znajdowaliśmy je w przednich częściach mózgu (gyr. front. I. II, gyr. Rolando, okolica f. Sylvii) czasami *tylko* w płatach potylicznych. W przeważnej liczbie przypadków są krętki rozsiane w rozmaitych okolicach kory mózgowej, często spotyka się je w postaci ognisk, tak że można je było stwierdzić w dużej ilości w napotkanem drobnem ognisku, a nie znaleść wcale w blizkiem sąsiedztwie. Siedziba krętków ograniczała się zawsze do kory mózgowej, raz jeden znaleźliśmy krętki w płynie, wziętym z komór mózgowych. Widoczny był ich blizki związek z komórkami, niekiedy zdawały się spoczywać w samej komórce (na komórce?), często jakby uczepione przez komórkę nerwową. Bardzo obfite były krętki w niektórych preparatach w blizkości naczyń. W oponach mózgowych, stale zgrubiałych, ani razu nie znaleźliśmy krętków bladych. Co do kory mózgowej, to te części, które okazywały najdalej posunięte zmiany degeneracyjne, były jałowe najczęściej.

(Dokończenie nastąpi).

---

[11]) Fontana. Pathologica 1913 str. 109.

[12]) Tribondeau Bull. de la Soc. franc. de dermat. 7 nov. 1912 r.

[13]) W wymienionych dwóch pracach naszych są przytoczone historye chorób 8 przypadków; 2 nowe spostrzeżenia nie są tam załączone, dotyczą one drugiej seryi badań.

Przemiana ciał purynowych, a dna.

Podał

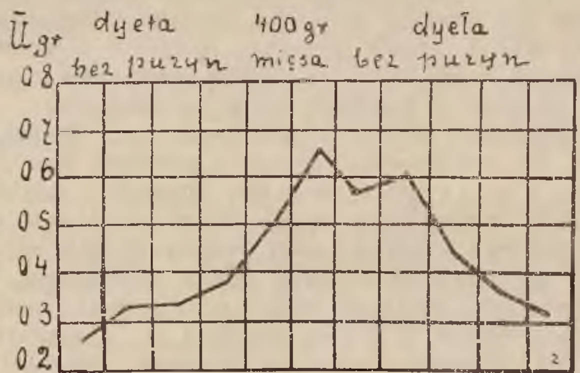
Dr Jan Nowaczyński.

asystent kliniki medycznej U. J.

(Dokończenie).

Dalej krzywa kwasu moczowego egzogenicznego przedstawia również charakterystyczne nieprawidłowości; krzywą tę badamy w ten sposób, iż choremu, który od kilku dni pozostaje na dyecie bezpurynowej i którego wartości $\bar{U}$ znamy z tego okresu, podajemy przez jeden lub dwa dni potrawy, zawierające ciała purynowe, więc np. 200—300 gr. mięsa lub 10—20 gr. nukleinianu sodowego.

U zdrowego człowieka, jak wspomniałem, następuje tego samego dnia zwiększenie wydzielania kwasu moczowego, które szybko się kończy i wraca do poziomu prawidłowego po usunięciu pokarmów purynowych. Natomiast u człowieka chorego na dnę wydzielanie odbywa się powoli, przewleka się przez kilka dni i wraca powoli do stanu prawidłowego, przyczem ilości wydzielanego kwasu moczowego są znacznie niższe, niż u zdrowego w tych samych warunkach badania. Schematycznie przedstawiać się to będzie następująco:



Zauważyć należy, iż wydzielanie kwasu moczowego egzogenicznego różnie przebiega u różnych chorych dnawych: tak n. p. z badań szkoły Noordena wynika, że jedni chorzy wydzielają kwas moczowy po 200 gr. mięsa równie szybko jak zdrowi, lecz po 300 lub 400 gr. wydzielanie u nich się przewleka; u innych znów już po 100 gr. zauważyć się daje ta nietolerancya. Dlatego też uważa Noorden za konieczne przeprowadzić w każdym przypadku dny badanie tolerancyi dla pożywienia purynowego, podobnie jak w cukrzycy dla węglowodanów.

Dalszą nieprawidłowością, względnie charakterystyczną dla dny cechą jest zachowanie się krzywej kwasu moczowego przed ostrym napadem dny, w czasie jego trwania, oraz po jego ustąpieniu, mianowicie obniża się ona przed

napadem bardzo znacznie, podnosi się w czasie napadu mniej lub więcej wysoko, w każdym razie jednak ponad zwykłe wartości, i opada znowu po ustąpieniu napadu. Umber nazywa te trzy okresy: pierwszy anakrytycznym okresem obniżenia (anakritisches Depressionsstadium), drugi napływem kwasu moczowego (Harnsäureflut), trzeci zaś pokrytycznym okresem obniżenia (postkritisches Depressionsstadium).

To zachowanie się krzywej jest charakterystyczne i ważne zarazem dla rozpoznania różniczkowego n. p. w tych przypadkach, gdzie chodzi o rozstrzygnięcie, czy przewlekłe schorzenie stawów, w którego przebiegu wystąpiło nagle zaostrzenie zapalne, jest przyrody dnawej, czy nie.

Ostatnią wreszcie nieprawidłowością w dnie jest, jak wspomniałem, obecność wzmożonej ilości kwasu moczowego we krwi. Wprawdzie we krwi człowieka zdrowego znajdowano kwas moczowy, lecz po spożyciu obfitem potraw purynowych, a więc objaw przejściowy, u chorego na dnę zaś urikemia jest zjawiskiem stałem. Na fakt ten zwrócili uwagę Schittenhelm i Brugsch; pozostaje on w charakterystycznym stosunku do zmniejszonego wydzielania kwasu moczowego.

Zachodzi pytanie, do jakiej kategoryi zaliczyć należy urikemię dnawą, czy więc jest ona następstwem zatrzymania, czy też nadmiernego wytwarzania kwasu moczowego w ustroju?

Z uwagi na to, że w dnie poza napadem ostrym wartości U endogenicznego są niższe, niż w warunkach prawidłowych, możnaby myśleć o zatrzymaniu kwasu moczowego we krwi, podobnie, jak się rzecz ma w zapaleniu przewlekłem nerek; przypuszczając to, stalibyśmy na stanowisku Garroda, który przyczynę zwiększonej ilości U we krwi upatrywał w upośledzonej zdolności wydzielania nerek u chorego na dnę. I to tłomaczenie byłoby słuszne dla przypadków dny, powikłanych schorzeniem nerek, czyli dla t. zw. »dny nerkowej«, jaką przyjmuje Ebstein: tłomaczenie to jednak nie wystarcza dla licznych przypadków dny, gdzie nerki anatomicznie są zupełnie prawidłowe. Porównując zaś stosunki U w moczu w przebiegu dny właściwej, a nerkowej, stwierdzamy zasadniczą różnicę: w dnie nerkowej zawartość kwasu moczowego krwi i moczu waha się zależnie od stopnia niedomogi nerki, natomiast w dnie właściwej znajdujemy zawsze stale nizkie wartości dla kwasu moczowego endogenicznego, czyli zatrzymaniem kwasu moczowego nie możemy tłómaczyć urikemii w przebiegu dny. Trzeba szukać innych przyczyn. Również i tłómaczenie Umbera tej treści, że chory na dnę zatrzymuje i gromadzi kwas moczowy w tkankach, także nie wystarcza.

Kilka słów jeszcze o patochemii dny. Teorye, zmierzające do wytłómaczenia przyczyn zaburzeń dnawych, nie wyjaśniają nam zupełnie istoty dny. Brugsch i Schittenhelm przyjmują na podstawie swych badań, że w dnie sprawa tworzenia się i rozpadu kwasu moczowego jest zwolniona; tworzy się mianowicie mniej kwasu moczowego, wogóle cała przemiana purynowa idzie leniwo, a wytworzony kwas moczowy trudniej i wolniej rozkłada się. Przyczyną tego mają być zaburzenia czynności zaczynów, biorących udział w rozkładzie kwasów nukleinowych, przedewszystkiem upośledzona urykoliza, względnie nawet brak jej. Hyperurikemię zaś tłómaczą wspomniani autorowie tem, że tkanki, względnie narządy, — które, nie wiadomo — głównie zapewne mięśnie, nie są zdolne rozłożyć kwasu moczowego, doprowadzonego do nich drogą tętniczą, przez co kwas ten nagromadza się w ilości większej w krwi żylnej. Dla wyjaśnienia zaś, dlaczego nerki nie wydzielają natychmiast nadmiaru kwasu moczowego znajdującego się we krwi, przyjmują ci autorowie niedomogę nerek, która rozwija się wtórnie w następstwie stałej, przewlekłej urikemii. Wydzielanie kwasu moczowego następuje dopiero wtedy, gdy kwas moczowy osiągnie pewne zgęszczenie we krwi; to zgęszczenie zaś u chorego na dnę jest stale większe, niż u zdrowego z tego powodu, że tu powoli i stale napływa kwas moczowy, a nie szybko i nagle, jak u zdrowego i nie opada szybko po wydzieleniu, jak u zdrowego, lecz utrzymuje się stale na wysokim poziomie. Nerki przyzwyczajają się do tych zwiększonych ilości kwasu moczowego i oddziałują wydzielaniem jego dopiero od pewnego poziomu. Analogię do tego zjawiska do pewnego stopnia mamy w cukrzycy, w której często, mimo że cukier się nie wydziela, stwierdza się znaczną hyperglykemię. Przeciw tej hypotezie przemawiają niektóre spostrzeżenia, np. zwiększanie się wydzielania kwasu moczowego w czasie napadu dny, oraz ten fakt, że chory na dnę po podaniu pożywienia, zawierającego ciała purynowe, wydziela zwiększone ilości kwasu moczowego, a nie zatrzymuje go we krwi.

Umber przypuszcza również możliwość zaburzeń czynności zaczynów, za przyczynę jednakże nieprawidłowego wydzielania kwasu moczowego w dnie uważa zwiększone powinowactwo tkanek do kwasu moczowego, które wiedzie do jego zatrzymywania w ustroju. To powinowactwo, objawiające się zdolnością absorbcyjną, jest dla różnych tkanek różne, największe zaś dla tkanki chrząstkowej; tem tłomaczyłoby się zjawisko odkładania się złogów kwasu moczowego w tkance chrząstkowej w przebiegu dny.

Zachodzi pytanie, w jaki sposób powstaje odkładanie się kwasu moczowego w postaci soli moczanowych w tkankach, oraz występowanie napadów dny, — zjawiska, tak charakterystyczne dla tej sprawy chorobowej. Pewne światło w tym kierunku rzucają badania Gudzenta. Stwierdził on mianowicie, że kwas moczowy we krwi znajduje się w postaci moczanu jednosodowego (Mononatriumurat), i to w postaci dwu związków izomerycznych, t. zw. moczanu laktamowego i laktimowego (Laktam i Laktimurat). Pierwszy jest łatwiej rozpuszczalny, rozkłada się też łatwo, po pewnym jednak czasie przechodzi wskutek przemieszczenia drobinowego w postać drugą, laktimową, stalszą i trudniej rozpuszczalną. Rozpuszczalność moczanu laktamowego wynosi 18·4 mg., a laktimowego 8·3 mg. w 100 cm^3 surowicy krwi. Ponieważ zaś, jak liczne badania stwierdzają, we krwi dnawych znajduje się średnio 5 do 10 mg. kwasu moczowego w 100 cm^3 surowicy, to jasną jest rzeczą, że zawartość kwasu moczowego we krwi prawie przekracza granicę rozpuszczalności moczanu laktimowego, czyli postaci stałej, jednem słowem, krew dnawego przedstawia się jako nasycony rozczyn kwasu moczowego. Nic więc dziwnego, że wobec takich warunków istnieją wszelkie dane do strącania się kwasu moczowego w tkankach. Jakie zaś są przyczyny, że kwas moczowy strąca się w pewnych tkankach, przedewszystkiem w chrząstce, a więc w stawach i ich sąsiedztwie, pozostaje niewyjaśnionem. Być może, że przyczyniają się do tego niekorzystne stosunki krążenia krwi, do czego dołącza się niezdolność tych tkanek do rozkładania i usuwania kwasu moczowego. Zdolność soków tkankowych rozpuszczania kwasu moczowego musi być w tych razach zupełnie inna, niż we krwi, w której kwas moczowy nie strąca się mimo, że w niektórych przypadkach, jak w białaczce, zwłaszcza po naświetlaniu promieniami X, lub w zapaleniu płuc włóknikowem po przełomie kwas moczowy z pewnością znajduje się w rozczynie nasyconym.

W miejscu, gdzie kwas moczowy strącił się, gromadzą się obficie leukocyty, które usiłują usunąć kwas moczowy. W ten sposób powstaje stan zapalny, objawiający się jako napad dny. Że ta sprawa tak się odbywa, świadczą o tem doświadczenia Hisa i Freudweilera, którzy przez wstrzykiwania moczanu sodu do jam stawowych zwierząt zdołali wywołać zmiany zapalne, zupełnie podobne do zmian dnawych. Zmiany zapalne w tych razach są rodzajem dążności ustroju do usunięcia kwasu moczowego odłożonego i przeszkodzenia dalszemu odkładaniu się; jestto jedyny sposób, jakim ustrój może się posługiwać w tych razach.

Wspomnieć tutaj muszę, iż często zdarza się, że miesza się pojęcia oraz dwie sprawy chorobowe, nic wspólnego ze sobą nie mające, t. j. dnę ze skazą moczanową i uważa się je za jedną i tę samą sprawę.

Pod skazą moczanową rozumiemy ten stan chorobowy,

w którym wydziela się w moczu kwas moczowy i sole moczanowe i przez to powstaje owo zwykłe »sedimentum lateritium«, jakie widzimy często w moczu dłużej stojącym i oziębionym. Zjawisko to może mieć znaczenie tylko wtedy, jeśli sole moczanowe pojawiają się w świeżo oddanym moczu, a więc w tych przypadkach, gdzie zachodzi niebezpieczeństwo, że sole te strącają się w pęcherzu lub w miedniczkach nerkowych, przez co mogą dać powód do tworzenia się kamieni nerkowych.

Te stany chorobowe nie mają nic wspólnego z dną; chory dnawy, u którego wyjątkowo nizki jest wywóz kwasu moczowego w moczu, z natury rzeczy nawet mniej jest skłonny do skazy moczanowej, a więc do tworzenia się kamyków, niż ci, którzy wydalają prawidłowe lub zwiększone ilości kwasu moczowego. Oczywiście zdarzyć się może kombinacya obu tych stanów, a zdarza się to najczęściej wtedy, gdy pierwotna skaza moczanowa doprowadziła do przewlekłych zmian zapalnych nerek, które znów następowo stały się przyczyną dny nerkowej.

Trzy więc sprawy chorobowe, w których kwas moczowy jako »materia peccans« wchodzi w grę, musimy rozróżnić, t. j.: 1) dnę właściwą, 2) dnę nerkową i 3) skazę moczanową.

Co się tyczy dny właściwej, to charakterystyczne jej właściwości będą następujące:

1) Krew chorego na dnę zawiera zawsze i stale kwas moczowy także i wtedy, gdy chory nie spożywa pokarmów, zawierających ciała purynowe.

2) Kwas moczowy powstaje przez rozpad nukleoproteidów jąder komórkowych żyjącego ustroju z jednej strony i z nuklein doprowadzonego pożywienia; stąd rozróżniamy w pierwszym razie kwas moczowy endogeniczny, w drugim egzogeniczny.

3) Kwas moczowy powstaje z rozpadu nukleoproteidów za działaniem różnych fermentów, które w kolejnem następstwie działają następująco: ferment proteolityczny (rozszczepia nukleoproteidy na kwasy nukleinowe), nukleaza (rozszczepia kwasy nukleinowe na zasady purynowe: guaninę i adeninę), ferment hydrolityczny lub puryndezamidaza (rozszczepia guaninę i adeninę na ksantynę i hypoksantynę), ferment utleniający lub ksantynoksydaza (rozszczepia hypoksantynę i ksantynę na ksantynę i kwas moczowy), wreszcie ferment urykolityczny (rozszczepia kwas moczowy prawdopodobnie na mocznik).

Dna w pierwszej linii polega na zaburzeniu przemiany ciał nukleinowych.

4) Chory na dnę wbrew zdawna zakorzenionym przekonaniom wydziela w moczu w okresie dny przewlekłej, poza napadami ostrymi, bardzo małe ilości kwasu moczowego; w czasie ostrego napadu ilości te wzrastają znacznie, poczem szybko opadają do dawnego nizkiego poziomu.

5) Po wprowadzeniu do ustroju pożywienia, zawierającego ciała purynowe, chory na dnę wydziela w moczu znacznie mniej kwasu moczowego, niż zdrowy w tych samych warunkach, przyczem wydzielanie kwasu moczowego jest powolne i przewleka się.

Co się tyczy rozpoznania dny, to w tych przypadkach, gdzie pojawiają się typowe napady, charakterystyczne zajęcia stawów oraz złogi dnawe, we właściwy sposób się sadowiące, rozpoznanie nie sprawia trudności. Zdarzają się jednak liczne przypadki dny ukrytej z nieokreślonemi dolegliwościami i niecharakterystycznemi zmianami stawów, których nie rozpoznaje się jako dnę, mimo że nią są, lub odwrotnie inne przypadki uważane i leczone bywają jako dna, chociaż nie są dną właściwą; w jednych i drugich przypadkach stosuje się leczenie niewłaściwe, przez co naraża się chorych na szkodę. W tych przypadkach więc, chcąc dojść do pewnego rozpoznania, należy uciec się do badań chemicznych, które, jak to zresztą wynika z tego, co mówiono o patologii przemiany purynowej, powinny być zwrócone w kierunku badania krwi co do obecności kwasu moczowego i metodycznego badania kwasu moczowego w moczu po dowozie ciał purynowych.

Badania te, czysto chemiczne, zbyt uciążliwe dla praktyka, muszą być wykonywane w zakładach chemicznych lub klinikach. Do badania krwi potrzeba conajmniej 150—200 cm^3 krwi, uzyskanej przez nakłucie żylne. Do badania zaś przemiany purynowej trzeba uwzględnić następujące warunki: Chory poddany badaniu musi pozostawać przez kilka dni na dyecie wolnej od puryn, a więc czysto mleczno-jarzynowej; przez ten czas (4—5 dni) oznacza się stale ilości kwasu moczowego w ilości dobowej moczu; następnie podaje się choremu pewną ilość mięsa (n. p. 400 gr.) lub kwasu nukleinowego (n. p. 10—20 gr) o znanej zawartości azotu i zasad purynowych i oblicza się znów przez 4—5 dni następnych ilość kwasu moczowego wydzielonego. W ten sposób stwierdza się nieprawidłowości w wydzielaniu kwasu moczowego, tak charakterystyczne dla dny.

W końcu chciałbym na tem miejscu wspomnieć o własnych badaniach chemicznych z zakresu przemiany purynowej. W roku zeszłym w czasie pobytu mego w klinice Noordena zajmowałem się badaniem wydzielania kwasu moczowego w białaczkach pod wpływem leczenia thorem X [1]) oraz w schorzeniach przysadki mózgowej (akromegalia i dystrophia adiposo-genitalis) [2]).

O wynikach badań w tych drugich schorzeniach chcę tu wspomnieć. Mogą one być o tyle ciekawe, iż wydzielanie kwasu moczowego w schorzeniach przysadki nie było dotąd badane.

Poddałem badaniu trzy przypadki akromegalii i dwa dystrofii; materyał nie duży, lecz zważyć trzeba, że schorzenia te są bardzo rzadkie. Jeden z przypadków akromegalii był operowany, w jednym zaś z przypadków dystrofii stwierdziła sekcya obecność torbielowatego guza przysadki.

Kwas moczowy obliczałem metodą Hopkins-Folin-Shaffera, polegającą na tem, że kwas moczowy strąca się w moczu jako moczan amonu, który następnie miareczkuje się w rozczynie kwasu siarkowego zapomocą $^1/_{20}$ N nadmanganianu potasu.

I stwierdzono rzecz ciekawą: w przypadkach akromegalii ilość kwasu moczowego endogenicznego przewyższała prawie o połowę, a nawet więcej, średnie wartości prawidłowe; po podaniu zaś nukleinianu sodowego następowało szybkie i odpowiednio wysokie wydzielanie kwasu moczowego. Tymczasem w przypadkach dystrofii (adip. genit.), rzecz zupełnie przeciwna: mianowicie wartości kwasu endogenicznego niższe od średnich prawidłowych, a wydzielanie nukleinianu sodowego mało wzmożone, raczej przewlekające się.

Te różnice w wydzielaniu kwasu moczowego w schorzeniach przysadki o charakterze wzmożonej jej czynności (hyperpituitarismus), a w schorzeniach o charakterze zmniejszonej czynności (hypopituitarismus) przysadki zbyt są jaskrawe, by mogły być uważane za przypadkowe.

Tak wysokie wartości kwasu moczowego wydzielanego w moczu, jak przy akromegalii, znajdujemy w chorobach, w których tkanka limfatyczna, względnie leukocyty, ulegają silnemu rozpadowi. W akromegalii natomiast niema wzmożonego rozpadu tkanki limfatycznej; przyjąć więc należy inną przyczynę tej wzmożonej przemiany purynowej — jaką zaś, nie wiemy; bardzo być może, że odgrywa tu rolę czynnik jakiś, kto wie, czy nie czynnik, wychodzący z przysadki samej, jako gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu, a więc jego hormon.

Jakkolwiek się to dzieje, czy przez mobilizacyę fermentów, odgrywających rolę w przemianie purynowej, czy

[1]) Praca ogłoszona drukiem w »Strahlen-Therapie«. 1912. H. 2.

[2]) Praca ogłoszona drukiem w »Berl. klin. Woch.« Nr 38, 1912 r.

przez inną drogę, w każdym razie fakt zależności tej żywej przemiany purynowej od gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu jest nowy i godny podania do szerszej wiadomości.

Z miejskiej pracowni bakteryologicznej i z zakładu weterynaryi Prof. Dr J. Nowaka w Krakowie.

Nowy przyrząd do odkażania formaliną w pokojowej ciepłocie.

Podali

Doc. Dr R. Nitsch, bakteryolog miejski i M. Okolska.

(Dokończenie.)

Natomiast doświadczenie 1), wykonane z bakteryami po długiem nieużywaniu przyrządu, dało znacznie gorsze wyniki. Na nitkach, umieszczonych na górze ręcznika i na powierzchni nawet, po 24 godzinach bakterye nie zostały zabite, na nitkach umieszczonych na dole ręcznika (bliżej formaliny), zostały zabite już po $5^1/_2$ godz. (po 1 godzinie jeszcze nie). Dziwna rzecz, że na nitkach, ukrytych we fałdzie w górze ręcznika, bakterye po 24 godzinach zostały zabite (po $5^1/_2$ godzinach jeszcze nie). To samo widzimy i na nitkach, przyszpilonych w dole ręcznika (bliżej formaliny), gdzie już po 1 godzinie bakterye ukryte we fałdzie zostały zabite, a leżące na powierzchni jeszcze po 1 godzinie wyrosły. Dlaczego w tem doświadczeniu 2 razy bakterye w fałdzie ukryte zostały zabite, a leżące powierzchownie ocalały, nie możemy sobie wytłómaczyć.

Natomiast niedostateczne działanie formaliny w pierwszem doświadczeniu w porównaniu z doświadczeniami 2) 3) i 4) tłómaczy się naszem zdaniem tem, że przyrząd poprzednio był przez długi czas nieużywany i zupełnie wolny od zapachu formaliny. Gdy więc z początkiem doświadczenia wlano do niego formalinę, musiał przejść dłuższy czas, zanim pary jej dostały się aż do wierzchu przyrządu, bo w pokojowej ciepłocie formaldehyd ulatnia się bardzo pomału. W następnych doświadczeniach, robionych z kilkudniowemi przerwami, był cały przyrząd przesiąknięty wonią formaliny i pary jej mogły działać zaraz od początku doświadczenia.

Do każdego z tych doświadczeń użyto $^1/_2$ litra formaliny.

Doświadczenia 5—10 wykonano z surdutem zimowym i z bakteryami okrężnicy, gronkowcami i prątkami błoniczymi. Z każdym gatunkiem bakteryi wykonano 2 doświadczenia: jedno z ilością $^1/_2$ litra, a drugie z $^1/_4$ litra formaliny.

W doświadczeniu 5) z gronkowcami i $^1/_2$ litrem formaliny był po 4 godzinach wynik odkażania bardzo lichy. Po 28 godzinach działania wynik poprawił się znacznie, ale i tak jeszcze gronkowce, umieszczone na wierzchu surduta (najdalej od formaliny) na kołnierzu i pod kołnierzem, nie zostały zabite. Tak samo ocalały gronkowce, ukryte w górnej wewnętrznej kieszeni. Wszystkie inne zginęły. I te, które ocalały, zostały widocznie znacznie osłabione, lub też ocalały tylko nieliczne, skoro po 24 godzinach na bulionie jeszcze nigdzie wzrostu ich nie zauważono. Po 48 godzinach hodowli zauważono wzrost gronkowców, ukrytych pod kołnierzem i wewnątrz górnej kieszeni, a dopiero po 4 dniach zauważono wzrost gronkowców, umieszczonych na kołnierzu. Widocznie zostają one ogromnie osłabione.

Doświadczenie 7) wykonano także z gronkowcami, ale z ilością tylko $^1/_4$ litra formaliny. Odrazu wpada w oczy, że wynik w tem doświadczeniu jest po 4·10 godzinach lepszy, aniżeli w doświadczeniu 5), chociaż tam użyto dwa razy więcej formaliny. Także po 22 godzinach wynik jest nieco lepszy. Gronkowce ukryte pod kołnierzem, na podszewce i w kieszeni górnej wewnętrznej, — chociaż bardzo osłabione, — ocalały jednak. Dla wytłomaczenia tego paradoksalnego wyniku doświadczenia, że $^1/_2$ litra formaliny gorzej działało, aniżeli $^1/_4$ litra, przytoczymy znowu, że doświadczenie 5) (z $^1/_2$ litra formaliny), było wykonane w 14 dni po poprzedniem — a doświadczenie 7) (z $^1/_4$ litrem formaliny) w 4 dni po poprzedniem. Prawdopodobnie więc przyrząd, do którego przez 14 dni nie nalewano świeżej formaliny, znacznie mniej przeszedł jej parami, aniżeli wtedy, kiedy miał przed 4 dniami nalaną świeżą formalinę.

Doświadczenie 6) i 9) wykonano z bakteryami okrężnicy, a mianowicie 6) z $^1/_2$ litrem, a 9) z $^1/_4$ litrem formaliny. Widzimy, że z $^1/_2$ litrem formaliny nastąpiło już po 4 godzinach idealne odkażenie wszystkich bez wyjątku nitek, a $^1/_4$ litra formaliny nie zabiło po $4^1/_2$ godzinach bakteryi, ukrytych na podszewce i w górnej wewnętrznej kieszeni. Nawet po 23 godzinach bakterye na nitce na podszewce zostały żywe i, jak się zdaje, wcale nie osłabione. Jak nam się zdaje, działał tu jednak obok mniejszej ilości formaliny i ten fakt, że doświadczenie 6) wykonane było w 48 godzin po poprzedniem, a doświadczenie 9) w 6 dni po poprzedniem. Czy także i szczep bakteryi okrężnicy, użyty w doświadczeniu 9), nie był odporniejszy, niż szczep, użyty w doświadczeniu 6), nie podobna powiedzieć.

Wreszcie doświadczenia 8) i 10) wykonano z bakteryami błoniczemi, a mianowicie doświadczenie 8) z $^1/_4$ litrem a doświadczenie 10) z $^1/_2$ litrem formaliny. Widzimy, że w doświadczeniu 8) po 4 g. 5′ nie zostały zabite bakterye umieszczone na nitkach pod kołnierzem, na podszewce i w kieszeni górnej wewnętrznej. Zostały one jednak dość znacznie osłabione, jak sądzić można z tego, że dopiero po 48 godzinach zauważono wzrost ich na surowicy Loefflera. Natomiast po 24 godzinach zostały wszystkie bez wyjątku bakterye zabite.

W doświadczeniu 10) (z $^1/_2$ litrem formaliny) widzimy wynik znacznie gorszy: po $3^1/_2$ godzinach tylko bakterye znajdujące się najbliżej formaliny, — na dole surduta i na zewnątrz —, zostały zabite. Wszystkie inne przeżyły. Natomiast po 24 godzinach widzimy, że i w tem doświadczeniu wszystkie bez wyjątku bakterye zostały zabite. Gorszy wynik odkażenia w doświadczeniu z większą ilością formaliny przypisać należy częściowo może temu, że w nich formalina działała o 35 minut krócej, a, — jak sądzimy — częściowo i temu, że doświadczenie 8) (z $^1/_4$ litra formaliny) wykonane było w 2 dni po poprzedniem, a doświadczenie 10) z $^1/_2$ litra formaliny dopiero w 15 dni po poprzedniem.

Jeżeli przyjrzymy się teraz wszystkim razem doświad-

czeniom, wykonanym z surdutem, zobaczymy, że zawsze bakterye, umieszczone na nitce przyczepionej u dołu surduta, — nawet po $3^1/_2$—4 godzinach —, zostały zabite. Formalina działała tutaj jednakowo na gronkowce, bakterye błonicze i bakterye okrężnicy. Przyczyna tego leży, jak sądzimy, w tem, że dół surduta był najbliżej formaliny, więc pary jej najdłużej i najsilniej nań działały.

Stosownie do tego widzimy, że i bakterye na nitkach w dolnej kieszeni surduta, zostały po 20—24 godzinach zabite we wszystkich doświadczeniach. Natomiast po $3^1/_2$—4·10 godzinach nie zostały zabite w doświadczeniu 5) i 7) (gronkowce) i w doświadczeniu 10) (błonica).

Widzimy więc, że odpowiednio do tego, czy bakterye są umieszczone na powierzchni, czy też ukryte w kieszeni, zostają łatwo lub trudno zniszczone.

Dalej bakterye, ukryte w górnej wewnętrznej kieszeni surduta, nie zostały zabite nawet po 21—24 godz. w doświadczeniach 5) i 7) (gronkowce); po $3^1/_2$—$4^1/_2$ godz. zostały zabite tylko w jednem doświadczeniu 6) (coli), — zresztą w innych doświadczeniach pozostały żywe. Widzimy więc wyraźną różnicę między działaniem par formaliny na bakterye, ukryte w dolnej zewnętrznej kieszeni, a górnej wewnętrznej kieszeni, co — jak sądzimy — w części przypisać należy temu, że górna kieszeń była więcej oddalona od formaliny, niż dolna. Oprócz tego była ona też lepiej ukryta.

Że oddalenie od formaliny ma —w warunkach naszych doświadczeń— wpływ na jej działanie odkażające, widzimy wyraźnie z porównania wyników otrzymanych na bakteryach, umieszczonych na zewnątrz i na samym dole i na samej górze surduta. Na samym dole zostały one we wszystkich doświadczeniach zabite (jak już była o tem mowa) już po $3^1/_2$—$4^1/_2$ godzinach, a na samej górze surduta (na kołnierzu) ocalały w doświadczeniu 5) (gronkowce) i 10) (błonica); co więcej w doświadczeniu 5) nawet po 21 godzinach jeszcze niektóre pozostały żywe.

Wpływ ukrycia bakteryi pod warstwą ubrania na łatwość ich zabicia przez pary formaliny można także bardzo wyraźnie spostrzedz w naszych doświadczeniach na bakteryach, umieszczonych na kołnierzu i pod kołnierzem surduta. I tak w doświadczeniu 5) (gronkowce) widać wyraźny wpływ, co prawda tylko ilościowy, na bakterye odkryte a ukryte. W doświadczeniu 7) (gronkowce) bakterye odkryte zostały już po 4·10 godzinach zabite, a ukryte pod kołnierzem pozostały żywe jeszcze po 24 godzinach. W doświadczeniu 8) (błonica) również bakterye na kołnierzu zginęły już po 4·05 godzinach, a ukryte pod kołnierzem po 4·05 godzinach jeszcze wyrosły.

Omówienie tych szczegółów wystarczy. Jako wynik doświadczeń uznać trzeba fakt, że pary formalinowe nawet w pokojowej ciepłocie wywierają działanie odkażające dość wybitne, jeżeli działać mogą przez dłuższy czas i na odkryte bakterye. Nie ulega więc wątpliwości, że przyrząd opisany może oddać dobre usługi w odkażaniu ubrań, bielizny, płaszczów lekarskich i t. p., jeżeli podda się je działaniu par formalinowych przez 24 godzin i jeżeli ubranie tak umieścimy, aby zakażone jego części były wystawione bezpośrednio na działanie tych par. Należy więc w ubraniu takiem kołnierz postawić i kieszenie wywrócić, a surdut zawiesić na szaragach tak, żeby podszewka była tak samo dostępna dla par formaliny, jak i zewnętrzna jego powierzchnia. Do tego celu musiałby przyrząd być nieco większy, niż ten, który Dr A. Zopoth nam dał do zbadania.

Nie wahamy się w końcu polecić tego przyrządu lekarzom praktycznym, stykającym się z chorobami zakaźnemi (internistom, ginekologom, a zwłaszcza pedyatrom), którzy w tych stosunkach higienicznych, jakie jeszcze u nas panują, nie mogą ubrań swoich oddawać do odkażenia. Przyrząd ten może stać bardzo dobrze w przedpokoju lub w gabinecie; po powrocie z mieszkania zakażonego można w nim ubranie na 24 godzin powiesić i przebrać się w czyste, bez obawy przeniesienia choroby na swoją rodzinę lub na innych chorych. Po 24 godzinach można ubranie wyjąć i trochę przewietrzyć. Odkażenie nie będzie wprawdzie idealne, ale — jak sądzimy, — o wiele lepsze, niż to, co obecnie lekarze dla odkażania swych ubrań robią. Ubranie wcale się przytem nie niszczy, nie trzeba go odsyłać z domu, a po przewietrzeniu kilkogodzinnem do 24-godzinnem (zależnie od tego, czy wietrzymy na świeżem powietrzu, czy w mieszkaniu) można się w nie na nowo ubrać.

Należałoby przytem pamiętać, że o ile przyrząd nie był od kilkunastu dni lub dawniej używany, trzeba ubranie zostawić w nim na 48 godzin, a nie na 24. Czy użyjemy przytem $^1/_4$ litra, czy $^1/_2$ litra formaliny, to ma mniejsze znaczenie. Ze względu na to, co powyżej powiedziano, należałoby raz wlaną formalinę zostawić w przyrządzie aż do następnego odkażenia.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Decastello i Oszacki: **Kilka słów o zatruciu ołowiem** (Med. Kl. 1913 Nr 14). Chory, zajęty w ciemnym pokoju mieszaniem białej farby, zawierającej ołów, jadł równocześnie chleb z masłem, który przez omyłkę włożył do miski zawierającej farbę i mimoto dalej jadł. Nazajutrz zauważył chory silne pocenie się, żółtaczkowe zabarwienie skóry i białkówek, poczem dostał silnego bólu głowy i kolki jelitowej przy zaparciu stolca; metalicznego smaku w ustach nie zauważył. Po kilku dniach żółtaczka ustąpiła, śledziona jednak i wątroba były znacznie powiększone. Po trzech tygodniach wystąpiła znowu żółtaczka, przytem silna niemoc i brak apetytu, kilkakrotnie odczuł chory bolesne skurcze w mięśniach uda i goleni. Kolka jelitowa nie powtórzyła się. Nawrót objawów początkowych wystąpił mimo, iż chory z farbą ołowną wcale od pierwszego zasłabnięcia się nie zetknął. W stolcu można było w obu napadach żółtaczki stwierdzić dość wielką zawartość ołowiu, również, jakkolwiek znacznie mniej, w moczu, nawet we krwi. Stąd wnoszą autorowie, że ołów, jak i inne ciężkie metale, zostaje odłożony w wątrobie, poczem z żółcią wydziela się do jelita, wywołując przytem zatrzymanie żółci, może przy równoczesnem zajęciu nieżytowem dróg żółciowych. Przypadek ten, zdaniem autorów, jest pouczający z dwu względów: przez wystąpienie żółtaczki i przez nawrót choroby. Co do pierwszej, nie występuje ona zbyt często przy zatruciu ołowiem; w klasycznem dziele o ołowicy: »Traité des maladies du plomb« opisuje wprawdzie Touquerel de la Planche

przy zatruciu ołowiem pewne brudno-żółte zabarwienie skóry jako charakterystyczne, nie uważa go jednak za żółtaczkowe, tak z powodu tonu barwy, jakoteż dla braku w moczu odczynu barwików i kwasów żółciowych. Samoistny nawrót choroby po trzech tygodniach przemawia za tem, że ołów gdzieś w ustroju (wątroba) został odłożony, poczem sam dostał się znów do obiegu krwi i do jelit.

Mondschein.

Reibmayr: **O leczeniu białaczki benzolem** (Med. Kl. Nr 14 1913). Wychodząc z doświadczenia, że ciałka białe zostają zniszczone przez benzol, że więc jest on silną trucizną ciałek białych, a przytem wcale nie szkodzi ciałkom czerwonym, zastosował pierwszy Koranyi, po nim Kiralyfi benzol do leczenia białaczki. Stosowali oni przez 40—60 dni w dawkach coraz wyższych aż do 5 gramów na dzień i doszli do pomyślnych wyników o tyle, że ilość ciałek białych zbliżała się do prawidłowej, ilość ciałek czerwonych zwiększała się, obrzęk śledziony malał, stan ogólny poprawiał się, waga ciała wzrastała.

Zachęcony temi sprawozdaniami stosował autor benzol w białaczce w trzech przypadkach, doszedł w jednym do 413 gr. benzolu, a mimo to ilość ciałek białych nie opadła do stanu prawidłowego; w jednym przypadku zmniejszyła się ze 125,000 na 100,000, w drugim z 468,000 na 300,000, w trzecim z 300,000 na 100,000. R. zauważył jednak przytem, że stan ogólny się poprawiał, śledziona stale się zmniejszała; w moczu nigdy nie pojawiały się nieprawidłowe składniki. Benzol w kapsułkach z żelatyny znosili chorzy dobrze, przy stale dobrym apetycie. Autor jest tego zdania, że zapomocą benzolu udaje się prawie zawsze wywołać przejściowe polepszenie w białaczce i stawia ten sposób leczenia na równi z leczeniem promieniami Röntgena i toru, a poleca bardzo kombinacyę benzolu z energicznem leczeniem arszenikowem w postaci wstrzykiwań podskórnych.

Mondschein.

Buss: **Usadowienie się ostrego napadu dny w krtani** (Med. Kl. 1913 Nr 14). Do autora zgłosił się znany mu chory na dnę z silnymi bólami połykowymi i utrudnioną mową. Przy badaniu lusterkiem nie znalazł autor w gardle nic szczególnego z wyjątkiem miernego zaczerwienienia, natomiast obraz krtani był następujący: nagłośnia silnie zaczerwieniona, obrzękła, ustawiona pionowo i prawie nieruchoma, na wolnym jej brzegu wśród otoczenia, jeszcze bardziej niż reszta nagłośni czerwonego, kilka żółto-czarnych plamek, wielkości ziarnka soczewicy. Zresztą krtań wolna od zmian, struny głosowe białe. Obraz nagłośni wydawał się najbardziej zbliżonym do obrazu przy oparzeniu, autor jednak wiedząc, że chory cierpi na dnę, rozpoznał rzadką lokalizacyę dny. Po wielkich dawkach aspiryny, która choremu zresztą przy napadach ostrej dny zawsze ulgę sprawiała, i po zastosowaniu dyety przeciwdnawej, po kilku dniach ustąpiły bóle połykowe, a mowa stała się czystą i nieuciążliwą. Przy badaniu krtani były owe żółte plamki ledwo zaznaczone, zaczerwienienie i obrzęk ustąpiły, ruchomość nagłośni wróciła. Z dobrego wyniku dyety przeciwdnawej, jakoteż z obrazu krtaniowego przy braku innych przyczyn (oparzenie) wnosi autor, że sprawę rozpoznał trafnie.

Mondschein.

Frommer i Rubner. **Badania sprawności nerek za pomocą fenolsulfoftaleiny.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Autorzy uważają wyniki badań sprawności nerek przy śródmięśniowem wstrzykiwaniu fenolsulfoftaleiny za bardzo niepewne. Wydzielanie fenolsulfoftaleiny waha się w znacznie szerszych granicach, niż to podawali inni klinicyści. Znacznie lepsze i pewniejsze wyniki spodziewają się F. i R. osiągnąć po zastosowaniu fenolsulfoftaleiny wśródżylnie

H. S.

Klejn. **O wpływie leczniczym benzolu na sprawy białaczkowe.** (Gaz. lek. 1913 Nr 11). Pierwszy Koranyi wpadł na myśl stosowania benzolu w białaczce, dotychczas jednak mało ogłoszono w tej sprawie spostrzeżeń. Na podstawie własnych spostrzeżeń dochodzi K. do wniosku, że leczenie wyłącznie benzolem w większości przypadków wywiera niewątpliwie wpływ pomyślny: powiększone narządy krwiotwórcze, a zwłaszcza śledziona, niejednokrotnie znacznie się zmniejszają, obraz krwi chorych zmienia się, a mianowicie zmniejsza się ilość leukocytów. Nie należy jednak uważać benzolu za środek niezawodny przeciwko białaczce. Znacznie lepsze wyniki dawało leczenie benzolem, kombinowane z naświetlaniem promieniami Roentgena: śledziona, gruczoły chłonne i wątroba znacznie się wtedy zmniejszały, ilość leukocytów wracała do stanu prawidłowego. Autor gorąco poleca to skombinowane leczenie, uważając, że benzol znakomicie wzmacnia i przedłuża pomyślne działanie promieni Roentgena.

H. S.

Grafe. **Udział białka w przemianie materyi ludzi gorączkujących oraz jego znaczenie teoretyczne i praktyczne.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Wbrew dotychczasowym wynikom badań nad zwierzętami, a potem i ludźmi gorączkującymi, oraz twierdzeniom, że wzmożone wytwarzanie kaloryi w gorączce jest skutkiem zwiększonego spalania białka w ustroju, doszedł G. do przeciwnych wniosków. Badał on u ludzi gorączkujących, przeważnie w drugim tygodniu duru brzusznego, w stanie głodu, ilość wydzielonego w ciągu 24 godz. azotu w moczu, oraz ilość wytworzonych kaloryi i stąd obliczał udział białka w ogólnej przemianie materyi. Na podstawie tych doświadczeń twierdzi G., że spalanie białka w gorączce podlega tym samym prawom, co i w ustroju prawidłowym; udział jego w przemianie materyi w stanie gorączkowym jest taki sam, jak i w stanie bezgorączkowym. Oddziaływanie toksyn na spalenie białka w gorączkach zakaźnych u ludzi jest tylko bardzo małe lub nie istnieje. Może to mieć doniosłe praktyczne znaczenie, bo umożliwia w ciężkich stanach zakaźnych zapobieganie wszelkiej utracie białka i spadkowi wagi ciała przez odpowiednie racyonalne odżywianie, np. przez podawanie w stanie płynnym przeważnie węglowodanów, a tylko w małej ilości białka.

H. S.

Bełkowski. **Krwiomocz przy podawaniu urotropiny w tyfusie brzusznym.** (Gaz. lek. 1913 Nr 12). Autor spostrzegał wystąpienie krwiomoczu w 10% przypadków duru brzusznego leczonego urotropiną. Towarzyszyły temu zawsze te same objawy: parcie na mocz, ból i palenie przy oddawaniu moczu. Ilość białka nie przekraczała ani razu 0,5‰; wałeczków nerkowych nie było zupełnie. Szkodliwych następstw w przebiegu choroby nie spostrzegano, a po odstawieniu urotropiny szybko ustępował też i krwiomocz. W kilku przypadkach przeprowadzone badanie pośmiertne wykazało, że podrażnienie przy podawaniu urotropiny odbiło się przeważnie na pęcherzu moczowym, a w mniejszym stopniu na moczowodach i szyjce pęcherza. Zmiany w pęcherzu polegały na złuszczeniu powierzchownych warstw nabłonka i wytworzeniu się wybroczyn na dnie pęcherza, które niewątpliwie były punktem wyjścia spostrzeganego za życia krwiomoczu. W nerkach żadnych zmian nie znajdowano. Według B. urotropina nie może być uważana za swoisty środek w durze, chociaż z drugiej strony stosowanie jej daje niezłe wyniki. Autor poleca podawanie urotropiny w dawkach po 0,5—0,6 grama 3—4 razy dziennie.

H. S.

Schusterówna. **Rak w ścianie torbieli skórzastej śródpiersia przedniego.** (Gaz. lek. 1913 Nr 14). Wśród guzów klatki piersiowej do najrzadszych należą torbiele wogóle, a skórzaste w szczególności. Do wyjątków należą przypadki powikłania torbieli tych ze sprawą nowotworową złośliwą, jak raki lub mięsaki. S. podaje obraz sekcyjny przypadku, w którym znaleziono właśnie torbiel skórzastą w przednim śródpiersiu, a w ścianie torbieli nowotwór złośliwy, mikroskopowo rozpoznany rak. Według S. rak ten powstał z nabłonków oskrzeli, które weszły w skład ściany torbieli. Za tem przemawia rurkowaty układ komórek w ogniskach rakowych pełnych, torbielowata budowa ognisk

innych, oraz obecność komórek wydzielających śluz i komórek rzęskowych. H. S.

Chirurgia.

Hürter. **Nowe dane z radyologii żołądka.** (Część I). (Beitr. zur Med. Klinik. 1913, VII). Zapomocą radyologii żołądka udało się wykryć wiele ciekawych szczegółów fizyologii żołądka, a w związku z tem możemy rozpoznawać też szczegółowo wiele zboczeń od stanu prawidłowego. Do wywoływania cieni używa się obecnie węglanu bizmutu, dalej siarczanu barowego, tlenku cyrkonu, ceru, dwutlenku toru i t. p. Pamiętać należy o tem, że różne preparaty różnie zachowują się w żołądku, nie można też wyników otrzymanych zapomocą różnych preparatów identyfikować. Z pomocą radyologii można określić dość ściśle położenie, wielkość żołądka i sprawność, tak pod względem chemizmu, jak i mechanizmu. Do do sprawności mechanicznej, to w grę wchodzi tu układanie się pokarmów, wydalanie płynów i pokarmów stałych z żołądka, niedowład błony mięsnej, zwężenia, zaułki, wrzody, nowotwory i t. p. Dobrze rozpoznać też można opadnięcie żołądka, ew. skontrolować działanie założonej podpaski. Można nawet z pomocą radyologii oznaczać kwaśność treści żołądka (trawienie kapsułek z fibroderminy z bizmutem w pewnych określonych przeciągach czasu). Różne pokarmy przebywają już prawidłowo różny czas w żołądku, tak n. p. węglowodany średnio $2^1/_2$—$3^1/_2$ godzin, białko 5—6 godzin, tłuszcze 7—$8^1/_2$ godzin. Udaje się też wykazać radyologicznie skurcz żołądka, zrosty, unieruchomienia, zmiany kształtu żołądka i t. p. K.

Hohmeier. **Dwa przypadki wgłobienia jelit z rzadszych przyczyn.** (Med. Klinik 1913, Nr 23). Pierwszy przypadek wgłobienia (operowanego) spowodowany był glistami (ascaris) Glisty wywoływać mogą w razie owrzodzeń przedziurawienia ścian jelit, podobnie rozchodzenie się szwów po operacyi żołądka lub jelit, rzadko niedrożność kiszek, a wyjątkowo wgłobienie. Kock i Oerum twierdzą jednak, że glisty nierzadko spowodować mogą wgłobienie i opisują trzy takie przypadki u dzieci. K.

Kohlschütter. **W sprawie wczesnego wstawania po operacyach brzusznych.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 25). K. na podstawie doświadczenia na sobie samym zachęca do wczesnego wstawania po operacyach brzusznych. Sam był operowany z powodu ciężkiej przepukliny przez laparotomię i wstał w dwa dni po operacyi, przyczem zaraz poczuł przybytek sił i apetytu, gorączka opadła i t. p. Obawa, że rana jest za słaba, jest płonna. Gorzej, jeżeli rana zrośnie się w nienaturalnej, nieraz przykurczonej pozycyi przy leżeniu, a potem słaba blizna naciąga się przy próbach chodzenia. Przesądem jest też, podług K., zalecanie długiego leżenia po operacyi przepuklin. K.

Bennecke. **O objawach rzekomego zapalenia pęcherzyka żółciowego w durze brzusznym.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 23). W przebiegu duru brzusznego występują czasem bóle w okolicy wątroby o charakterze kolki, żywo przypominające cierpienia dróg żółciowych, nieraz tak gwałtowne, że zmuszają do operacyi. Przebiegają one bez żółtaczki i bez rozpromieniania się ku plecom, a pochodzą albo z ostrego zakażenia wątroby, albo mają za przyczynę krwotoki i zmiany degeneracyjne w mięśniach brzucha. Nieraz bóle te wywołać może obmacanie brzucha. Spotyka się tu także napięcie powłok brzusznych i wzdęcia, dreszcze, nieraz wysięk opłucny. Operacya nie wykazuje w takich przypadkach żadnych wybitnych zmian w drogach żółciowych. K.

Blecher. **Olejek kamforowy przy zapaleniu otrzewnej, a ropnie w zatoce Douglasa.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 23). B. był bardzo zadowolony ze śródotrzewnego stosowania olejku kamforowego, zwłaszcza w przypadkach zapalenia otrzewnej, wychodzącego z wyrostka robaczkowego, jednakże bardzo często przy tem leczeniu spostrzegał tworzenie się ropni w jamie Douglasa. Uważa to wszakże nie za wadę, lecz raczej za zaletę tego sposobu leczenia, bo sprawa przez to szybko się odgranicza, tak, że w przyszłości zamierza B. od razu przy operacyi sączkować zatokę Douglasa. K.

Rupprecht. **O gruźlicy nerek i pęcherza.** (Tow. lek. Drezno. IV. 1912). Gruźlicę nerek znamy właściwie dopiero od roku 1840 (opisał ją Rayer). Początek bierze ona zwykle z jakiegoś odległego ogniska drogą krwi tętniczej; gruźlica wstępująca (od dróg rodnych) dawniej za główną drogę zakażenia uważana, jest niezmiernie rzadka. Zwykle zapada najpierw jedna nerka, a potem dopiero (mniej więcej w 50%) druga. Sprawa w pęcherzu i moczowodzie bywa wtórną. Zwykle zwracają uwagę na chorobę dopiero przypady pęcherzowe (parcia, ropomocz itp.). Jeżeli druga nerka jest zdrowa, należy zaraz chorą usunąć. Gruźlica nerki nie operowana wiedzie najdalej w 10 lat do zgonu, a czasem tylko wydarzają się pozorne wyleczenia, względnie zarośnięcia moczowodu i zanik nerki. Operacya daje 55% trwałych wyleczeń (32% zgonów na gruźlicę, 13% wskutek operacyi). Sprawa w pęcherzu podgaja się po operacyi zwykle sama. Leczenie tuberkuliną powinno być stosowane po wyjęciu nerki, celem leczenia sprawy w moczowodzie i pęcherzu. Mocz chorych na gruźlicę nerki może zakażać zdrowych. K.

Boross. **O uwięzłych kamykach moczowodu.** (Beitr. z. klin. Chir. 84. I). Cewnikowanie moczowodów przy kamykach ma wielkie rozpoznawcze i lecznicze zalety. B. opisuje 12 przypadków własnych, z czego w 4 kamyk był w pobliżu nerki, 8 razy w pobliżu pęcherza. Promienie Röntgena tylko w 3 przypadkach określiły pewnie siedlisko kamienia. Nieraz udaje się po zbadaniu kamyk uchwycić szczypczykami, wyciągnąć lub skruszyć, albo też przez wstrzykiwanie 10—15 cm ciepłej gliceryny pobudzić ruch robaczkowy moczowodu, który po poprzedniem obluźnieniu zepchnie kamyk do pęcherza. K.

Ráskay. **Trwałe wyniki różnych sposobów leczenia zwężeń cewki.** (Beitr. z. klin. Chir. 84. I). 517 przypadków. Z tego 23 leczono zewnętrznem cięciem cewki, 112 wewnętrznem, 361 zwykłem rozszerzaniem, a mianowicie w ten sposób, że najpierw wprowadzano świeczkę włosowatą na 24—48 godzin, potem rozszerzano stopniowo aż do Nru 18—19, a w końcu stosowano zgłębniki Beniquea. Cięcie wewnętrzne robiono (w dwóch miejscach) narzędziem Albarrana, potem cewnik na 6 dni, a w końcu systematyczne leczenie rozszerzadłami. Wyniki bardzo dobre. K.

Erlacher. **W sprawie leczenia skrzywień kręgosłupa opatrunkami gipsowymi podług Abbotta.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 24). Sposób leczenia skrzywień kręgosłupa podług Abbotta uważa E. za jeden z najlepszych i najprędzej wiodących do celu. Sposób ten polega na tem, że zakłada się gorset gipsowy w położeniu zgiętem trochę ku przodowi i w stronę przeciwną skrzywieniu, poczem wycina się w gipsie okna, po dawnej stronie wklęsłej duże, w tym celu, aby mechanizm oddechowy rozszerzał tu klatkę piersiową, a po drugiej, by przez poduszeczki filcowe ugniatać stronę wypukłą. Chorego trzeba przedtem ćwiczyć w oddychaniu w nowych warunkach, t. j. z wyłączeniem strony wypukłej i brzucha, aby potem w opatrunku mógł używać tylko głównie górnych części klatki piersiowej i pierwotnej strony wklęsłej. Po ukończeniu leczenia gipsem noszą chorzy jeszcze pewien czas sznurówkę, utrzymującą kręgosłup w nowem położeniu (überkorrigierte Stellung). Do leczenia tego nie nadają się ustalone podwójne skrzywienia o krótkich łukach, silne lewostronne zgięcie boczne i garb ostrokończasty. K.

Geinitz. **W sprawie leczenia żylaków cięciem spiralnem.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 23). Rindfleisch polecił leczyć żylaki goleni zapomocą cięcia spiralnego, sięgającego do powięzi. Ranę tamponuje się, a blizna je-

szcze wzmacniać ma potem wynik operacyi. Sposobowi temu zarzucano, że cięcie rani także nerwy, uszkadza drogi limfatyczne, wywołać może obumarcie skóry i nie wpływa dobrze na gojenie się wrzodów. Na podstawie własnego doświadczenia autor jednak temu przeczy. Osiągnął on wyniki bardzo dobre, tylko trzeba czekać na nie długo, bo $1^1/_2$—2 lat. Wrzody goją się także dobrze. G. radzi lepiej odrazu rany, powstałe po cięciu, po podwiązaniu krwawiących żył zeszywać; unika się przez to nieraz tkliwych, szerokich blizn. Oczywiście czasem, gdy skóra jest w złym stanie, operacya pozostanie bez skutku, ale to samo odnosi się i do innych sposobów operacyjnego leczenia żylaków, jak wycinania lub podwiązywania żył. K.

Kuzmik. **Przyczynki do operacyjnego leczenia rozszerzenia żył kończyn.** (Beiträge zur klinischen Chir. 84. I). Ani podwiązywania żył, ani wycinania dotychczasowymi sposobami nie można uważać za leczenie pewne; nadto pozostają potem duże blizny. K. ze skutkiem stosuje następujący sposób. Każdą większą żyłę (zaznaczywszy ją na skórze przedtem lapisem) okłuwa w kilku miejscach w przebiegu jedwabiem, zacząwszy dośrodkowo, a zawiązując podwiązkę na kłębku z gazy. Igłą dochodzi się aż do powięzi 0·4—0·5 cm poza żyłą wkłuwając i wykłuwając, podwiązki nakłada się w odległości mniej więcej 5 cm, 12. dnia zmienia się opatrunek i usuwa podwiązki. Dnia 14—15. pierwsza kąpiel. Zgrubienia żył, pozostałe po leczeniu w postaci twardych postronków, znikają wkrótce. K.

Gelinsky. **Leczenie wyciągiem złamań kości piętowej i śródstopia.** (Zentrbl. f. Chir. 1913, Nr 21). G. umieszcza podeszwę na deseczce, stopę przymocowuje do deseczki od palców przylepcem, a piętę silnym drutem srebrnym, przeciągniętym pomiędzy kością piętową a przyczepem ścięgna Achillesa. Pod podeszwę wkłada G. gąbkę gumową, celem podparcia sklepienia stopy. Do deseczki przymocowuje wyciąg i obciąża kilkunastu funtami. Po 4 tygodniach usuwa drut. Sposób ten jest znacznie lepszy od wbijania gwoździ podług Steinmanna, bo jest prostszy i nie pozostawia przetok, daje zaś wynik bardzo pewny. K.

Kocher. **W sprawie operacyjnego leczenia nerki wędrującej.** (Korr. f. Schw. Ärzte, 1913, Nr 18). Umocowanie nerki szwami uważa K. za mniej pewne i dlatego na 2—3 tygodni pozostawia tampon w ranie aż do nerki, poczem tworzy się twardy bliznowaty kanał, na którym nerka się opiera. Sposób ten ma tę wadę, że chory dużo czasu traci na leczenie (4—6 tygodni), dlatego też tam, gdzie chodzi o czas, umocowuje K. nerkę w pętli pasa powięzi, wziętego z uda i końce tego pasa przyszywa do okolicznych tkanek. K.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Tuberkulinę Rosenbacha stosuje Kausch (D. m. Woch. 1913, 6). od dłuższego czasu w gruźlicy chirurgicznej i chwali bardzo wyniki lecznicze; u dorosłych wymaga całe leczenie około 60 cm^3 tuberkuliny. N.

Parakodynę próbował Fraenkel (Münch. med. Woch. 1913, 10), u chorych na gruźlicę; środek ten działa szybciej łagodząco na kaszel, niż kodeina, działanie trwa dłużej, niż po dwa razy większej dawce kodeiny; przytem działa parakodyna lekko narkotycznie N.

Erystyptikum. Kombinacyę sekakorniny z wyciągiem hydrastis i hydrastininą syntetyczną zaleca Kerbel (Deut. med. Woch. 1913, 6) w krwotokach macicznych pochodzenia zapalnego, po poronieniu i w climacterium. Działanie pomyślne b. szybkie, krwotoki ustają, względnie zmniejszają się znacznie; dawka zwykła wynosi 20 kropli 3 razy dnia w wodzie cukrowej. N.

Larosan, kazeina wapniowa, proszek bardzo delikatny, bez smaku rozpuszczający się w mleku, wprowadza Stoelzner (Münch. med. Woch. 1913, 6) do terapii w celu przyrządzania mleka białkowego; przyrządzanie mleka z pomocą larosanu jest łatwiejsze i tańsze, niż zwykłym sposobem a działanie zupełnie to samo, co zwykłą drogą sporządzanego. N.

Merjodyna, według badań Pollanda (Münch. med. Woch. 1913, 11) ulega podana per os bardzo szybko i w dużych ilościach wessaniu, a ilość rtęci, stwierdzona w moczu, dosięga ilości rtęci po leczeniu wcieraniami; środek ten nie drażni przewodu pokarmowego, można go podawać przez szereg tygodni jako leczenie między okresami głównego leczenia kiły lub po nich. N.

Jodypina, podana w lawatywie (według Fischla, Münch. med. Woch. 1913, 12), przy prostatitis działa bardzo korzystnie tak w ostrych jak i przewlekłych przypadkach, sprawiając wessanie nacieku lub mięknienie stwardniałej tkanki. Wstrzykuje się codziennie 10 cm^3 mieszaniny 25% jodypiny i ol. olivar. 1:2 zapomocą strzykawki z zakrzywioną nasadką kauczukową do odbytnicy. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

Protokół sprawozdawczy z działalności za czas od 5. VII 1909 r. do 4. VII 1910 r.

W dniu 4 lipca 1910 r. Towarzystwo liczy ogółem członków 66, z których 11 honorowych, a 19 korespondentów. Wypadająca na czynnych członków cyfra 36, zawiera w sobie 8 członków, przybyłych w ciągu ostatniego roku.

Z ogólnej liczby odbytych 18 posiedzeń, jedno było roczne, cztery zarządu, trzy szpitalne, a dziesięć zwykłych.

Na wspomnianych posiedzeniach poza wieloma klinicznymi i pracownianymi pokazami na posiedzeniach szpitalnych, następujący koledzy odczytywali swoje prace, demonstrowali chorych lub pokazywali preparaty.

Kol. Borsukiewicz: 1) odczytuje pracę o embryotomii; 2) pokazuje preparat serca z podwójną wadą

Kol. Czerwiński: 1) pokazuje preparat mięśniaka podsurowiczego, wyłuszczonego z dna macicy; 2) pokazuje preparat macicy z mięśniakiem śródmiąższowym i rakowatem zwyrodnieniem śluzówki; 3) pokazuje preparat macicy z włókniakiem podśluzowym; 4) mówi o cystoskopii, demonstrując odpowiednie przyrządy.

Kol. Dobrucki: 1) pokazuje chorą z gruźlicą skóry, leczoną metodą Thierscha; 2) pokazuje chorego po sectio alta przy cystitis septica; 3) pokazuje preparaty dwóch torbieli skórzastych u jednej pacyentki; 4) pokazuje preparat dużej jednokomorowej torbieli jajnika; 5) preparat usuniętego wyrostka robaczkowego; 6) preparat resekowanej kątnicy wskutek tbc; 7) chorą po wyłuszczeniu guza z lewej biodrowej głębi; 8) chorą z wolem, przeznaczoną do operacyi; 9) opisuje przypadek świeżo operowanego wola z dużemi pozamostkowemi odnogami; 10) preparat resekowanego wgłobienia w okolicy kątnicy przy zmianach anatomicznych i patologicznych.

Kol. Dziemski: 1) pokazuje chorego z białaczką i odpowiednie preparaty mikroskopowe; 2) opisuje przypadek choroby Addisona, pokazując jednocześnie preparaty nadnercza; 3) pokazuje chorego z białaczką, leczonego promieniami X, załączając jednocześnie odpowiednie mikroskopowe preparaty i rezultaty analizy krwi, zaznacza wybitną poprawę w składzie krwi chorego i w ogólnym stanie; 4) odczytuje swoją pracę o białaczce w ogóle i o leczeniu tej choroby promieniami X.

Kol. Jaczewski: 1) pokazuje chorego z ropniem gruczołu krokowego, wikłającym tryprowe zapalenie cewki; 2) streszcza pracę Levaditi et Roché o przymiocie doświadczalnym; 3) pokazuje chorą z typowym lichen planus; 4) pokazując jednocześnie chorą z nietypowym lichen planus; 5) pokazuje chorą z lupus erythematosus w okresie leczenia prądami o wysokiem napięciu; 6) chorego z licznymi szankrami w koło blizny po szankrze nad spojeniem łonowem.

Kol. Majewski: 1) pokazuje chorego po plastyce pękniętej rzepki; 2) pokazuje chorego po zespoleniu żołądka z pustnicą na skutek bliznowatego zwężenia odźwiernika; 3) pokazuje gipsowy opatrunek systemu Hennequina przy złamaniu kości ramieniowej.

Kol. Modrzewski: 1) pokazuje chorą po wyłuszczeniu dużego raka; 2) chorego po zespoleniu żołądka z pustnicą wskutek zwężenia oddźwiernika.

Kol. Rasze (z Czech) gość: mówi o stosunkach lekarskich w Czechach.

Kol. Staniszewski: wypowiada sprawozdanie ze zjazdu internistów polskich w Krakowie w roku 1909.

Kol. Żebrowski: 1) pokazuje chorego z highmoritis, operowanego metodą Deutera; 2) pokazuje chorą po doszczętnej operacyi ucha ze złośliwym nowotworem; 3) pokazuje preparat polipa przewodu usznego; 4) pokazuje preparat osobliwej formy gruczołu migdałkowego.

Kol. Kiełczewski: pokazuje chorą z chorobą Bantiego, przyczem kol Dziemski przedstawia cyfrowe dane, tyczące się dokonanej analizy krwi.

Z prac natury ogólno-społecznej w zastosowaniu do medycyny, w łonie Towarzystwa powstała myśl zorganizowania nocnych dyżurów, wprowadzona następnie w wykonanie przez lekarzy lubelskich.

W ciągu ubiegłego roku Towarzystwo otzymało od kol. Zdanowicza: zbiór książek lekarskich, a od kolegi de Michelisa zbiór preparatów anatomo-patologicznych, zebranych przez kol. de Michelisa w ciągu jego praktyki.

Protokół sprawozdawczy z działalności za czas od dnia 4. VII. 1910 roku po dzień 4. VII. 1911 roku.

W dniu 4. VII 1911 roku Towarzystwo liczy 60 członków, z których 10 honorowych, 20 korespondentów, a 30 członków rzeczywistych.

Z odbytych w ciągu roku 18 posiedzeń jedno było ogólne, trzy zarządu, pozostałe 14 posiedzeń wypełnił zapisany w protokółach następujący materyał odczytowo-pokazowy

Kol. Arnsztein odczytuje pracę o obecnym stanie poglądu nauki na istotę leczenia biegunki u osesków.

Kol. Borsukiewicz: 1) opisuje przebieg choroby u chorego ze zwężeniem odźwiernika; choremu było zrobione ostatecznie przez R. Dobruckiego zespolenie pustnicy z żołądkiem; 2) opisuje chorą cum adenopathia mediastini, pokazując zrobioną przez R. Modrzewskiego kliszę; 3) czyta o myocarditis wikłającej przebieg, chorób infekcyjnych u dzieci.

Kol. Czarnecki: 1) pokazuje chorą, u której przez R. Dobruckiego była wykonana radykalna operacya przepukliny udowej metodą Wilmsa.

Kol. Czerwiński: 1) pokazuje preparat nadzwyczaj przerośniętych warg sromowych mniejszych; 2) pokazuje preparat macicy — deciduoma malignum; 3) pokazuje preparat torbielowato zwyrodniałego włókniaka macicy, który był przyczyną kompletnego wynicowania takowej; 4) pokazuje preparat nadpochwowo amputowanej macicy z torbielą dwukomorową, powstałą po pęknięciu prawej ciąży jajowodowej; 5) referuje zabieg usunięcia dużego, rozpadającego się w środku, włókniako-mięśniaka macicy w przedniej jej ścianie; 6) referuje przypadek usunięcia z pęcherza kobiecego szpilki podwójnej; 7) pokazuje chorą z krzywicą po cięciu cesarskiem przy wymiarze prostym $4^1/_2$ cm; 8) pokazuje obce ciało, które jako pessarium occlusivum dla przetoki pęcherzowo-pochwowej przeleżało w pochwie dwadzieścia lat; 9) pokazuje preparat ciąży zamacicznej z donoszonym płodem; 10) pokazuje preparat niezwykłej wielkości śluzowego polipa szyjki macicznej; 11) pokazuje preparat mięśniaka macicy.

Kol. Dobrucki: 1) referuje przypadek rzadkiej formy skrętu jelit cienkich w prawym dole biodrowym i w małej miednicy; 2) referuje przypadek wgłobienia grubej kiszki w grubą wskutek guza wewnątrz światła kiszki, wobec czego zniewolony był dokonać połączenia grubej kiszki z grubą, nie usuwając guza: 3) pokazuje chorą z brakiem w skórze na przedramieniu, wytworzonym wskutek usunięcia ogniska gruźliczego i pokrytym metodą Tierscha; 4) pokazuje preparat b. długiej pętli cienkiej kiszki wyresekowany wskutek obumarcia od ucisku mostkiem idącym od lewego rogu macicy; 5) pokazuje preparat raka woreczka żółciowego; 6) pokazuje kamień żółciowy znaleziony w pęcherzyku; 7) czyta pracę o objawach ze strony żołądka przy porażeniach wyrostka robaczkowatego; 8) pokazuje preparat pęcherzyka żółciowego z kamykami wewnątrz; 9) referuje wypadek pękniętej ciąży jajowodowej, operowanej w kilka godzin po wypadku; 10) referuje przypadek rany postrzałowej brzucha.

Kol. Dziemski: 1) odczytuje swój referat o dżumie (etyologia, wakcynoterapia i seroterapia dżumy); 2) pokazuje chorą z pseudo-leukemia i odczytuje swoją pracę w tej sprawie; 3) pokazuje chorego z gruźlicą płucną i kolosalnem przesunięciem serca ku górze wskutek starych zrostów; 4) odczytuje swój referat o wrodzonej i nabytej odporności, uodpornieniu sztucznem, czynnem i biernem i o uczuleniu. (Drukowany w »Przeglądzie lekarskim«).

Kol. Erbrich z Warszawy (gość) czyta swą pracę o tracheo- i bronchoskopii, ilustrując odczyt demonstracyami na chorym.

Kol. Modrzewski: 1) pokazuje zdjęcia rentgenograficzne i referuje przypadek rzadkiego złamania pojedynczej kości śródręcza; 2) pokazuje preparat wyłuszczonej dużej torbieli szyjnej (hydrocele colli congenitum); 3) referuje przypadek bardzo ostrego zawęźlenia esicy, które w ciągu 11 godzin doprowadziło do zupełnego prawie obumarcia jelita cienkiego na przestrzeni całej długości; 4) pokazuje preparat wyresekowanego wgłobienia cienkiej kiszki w cienką, które w dalszym ciągu przeszło we wgłobienie cienkiej w grubą; 5) pokazuje preparat wyciętego odcinka jelita cienkiego z dwoma otworami urazowego pochodzenia bez naruszenia całości powłok; 6) pokazuje preparat oddawna uformowanego z sieci pierścienia, w którym uwięzła pętla esicy, dając obraz niedrożności; podczas operacyi znaleziono nadmierne rozdęcie poprzecznicy z pęknięciami warstwy surowiczej; 7) pokazuje preparat nadmiernej wielkości włókniaka prawego jajnika; 8) referuje przypadek rany ciętej brzucha i żołądka, z wypadnięciem na zewnątrz całego prawie żołądka.

Kol. Rogoziński: 1) pokazuje preparat lymphangiomatis cystici congenitalis, usunięty z szyi dziecka; 2) pokazuje chore dziecko po urethrotomia externa, dokonanej wskutek ciała obcego w cewce; 3) pokazuje chorą po strumektomii; 4) pokazuje preparat mięśniaka macicy; 5) pokazuje wyłuszczony pęcherzyk żółciowy.

Kol. Tennebaum: pokazuje dziecko z licznymi głębokimi naczyniakami na plecach.

Kol. Tymiński mówi o teoryi bocznych łańcuchów Ehrlicha.

Kol. Żebrowski pokazuje chorą po doszczętnej operacyi ucha.

Z wybitniejszych momentów kroniki naszego Towarzystwa za rok ubiegły była strata przez śmierć dwóch członków honorowych Towarzystwa, Drów Głogowskiego Feliksa i Kusielewskiego Eligiusza. Towarzystwo obchodziło 35-letni jubileusz praktyki lekarskiej kol. Jaworowskiego, którego z racyi tej okoliczności zaliczyło w poczet swych członków honorowych.

Towarzystwo brało przez swych delegatów udział w Zjeździe chirurgów w Warszawie i uczestniczyło w uroczystości 25-lecia łódzkiego Towarzystwa lekarskiego, połączonej z I. Zjazdem lekarzy prowincyonalnych w Łodzi.

Feljeton.

Pamiętniki Dr Józefa Franka, profesora Uniwersytetu wileńskiego. Z francuzkiego przetłómaczył, wstępem i uwagami opatrzył Dr Władysław Zahorski. T. I—III. Wilno. Nakładem Tow. Udz. »Kuryer Litewski«. 1913.

(Dokończenie).

W r. 1810 kilku młodych lekarzy zdawało egzamin dla uzyskania prawa praktyki w Rosyi. W tymże roku z powodu wyjazdu na czas dłuższy na praktykę do ks. Antoniego Radziwiłła, otrzymuje Frank od kuratora wymówkę, że bez pozwolenia władz wyjeżdżał, z przypomnieniem, iż będąc wymagającym wobec innych, jest zbyt pobłażliwym dla siebie. W ten sposób stosunek Franka z ks. Czartoryskim musiał się zaostrzyć.

Nadszedł r. 1812 ze wszystkimi niepokojami wojny, na którym kończy się drugi tom pamiętników. W początkach tego roku otrzymuje Frank awans i zostaje wysłany do Wiednia dla zaangażowania potrzebnych podczas wojny lekarzy i chirurgów; daje mu to możność odwiedzenia w Wiedniu ukochanego ojca. Przed wyjazdem podjął Frank wszystkie środki ostrożności, aby, jeżeli nieprzyjaciel wkroczy do Wilna, nie przyczynił mu wielkich strat. Srebro, bieliznę i meble oddał Frank na przechowanie znajomym, a część rękopisów i książek złożył w uniwersyteckim kościele św. Jana pod ołtarzem i w bibliotece uniwersyteckiej. Z żoną i małym podrzutkiem Wiktorem, którego wzięli na wychowanie, Frank opuszcza Wilno. Na tym ciekawym roku kończy się drugi tom pamiętników.

Trzeci tom pamiętników rozpoczyna Frank opisem 1812 r., chociaż, jak już wspomnieliśmy, bawił wówczas z żoną w Wiedniu u ojca; śledzi jednak za biegiem wypadków w Wilnie. Opisuje pobyt wileński cesarza Aleksandra I., następnie opuszczenie Wilna przez Rosyan, wejście Francuzów z Napoleonem i odwrót »wielkiej armii«. Miasto przedstawiało przerażający widok. Zwycięzcy pastwili się nad zwyciężonymi. Jeńców francuskich zamykano w klasztorach i klinikach, głodząc ich. W gabinecie antomo-patologicznym mieli oni rzekomo pozjadać preparaty narządów ludzkich i wypić cały spirytus, w którym je konserwowano. W Wilnie i jego okolicach po ulicach i drogach walało się do 40 tysięcy trupów, najczęściej żołnierzy na śmierć zmarzniętych. Zachowały one położenie, w których je zastała śmierć lub którą nadali im przez swawolę ulicznicy. W obawie rozkładu trupów przy pierwszej odwilży i w obawie wybuchu epidemii polecił rząd nadzór nad grzebaniem ich Dr Becu, profesorowi policyi lekarskiej (?). Początkowo próbowano palić szczątki i jednego dnia spalono około 1000 trupów, lecz smrodliwy dym, jaki od tego powstał, zmusił do zaniechania tego sposobu. Zrzucano trupy do wspólnych łos, które Francuzi sami sobie wykopali. Za spełnienie tego udekorowano prof. Becu orderem Włodzimierza klasy IV. Prof. Niszkowski, chirurg, wracając pewnego dnia z kliniki, posłyszał głos na ulicy, wołający o pomoc i ujrzał opartego na długim sękatym kiju wyniszczonego i oberwanego człowieka, istnego upiora. Poznał w nim dawnego znajomego, Assaliniego, chirurga naczelnego armii włoskiej. Niszkowski zaopiekował się nieszczęśliwym i kiedy ten przyszedł do zdrowia, ułatwił mu powrót do ojczyzny. Czas tych największych niepokojów Frank spędzał w Wiedniu, otoczony tkliwem przywiązaniem ojca. Pomimo wielu zalet charakteru miał stary Frank temperament łatwo się podniecający i w gniewie nie mogący się pohamować. Tak n. p. pewnego razu Frank zgromił swego wychowańca za złe zachowywanie się przy obiedzie; stary Frank broniąc dziecka, wpadł w taką wściekłość, że porwał ze stołu nóż i zamierzył się nim na syna. Milczenie i spokój Franka rozbroiło ojca, przykra ta scena nie popsuła na dłużej harmonii pomiędzy ojcem a synem. Stary Frank używał wielkiej wziętości w Wiedniu, leczył na dworze Habsburskim, udawały się do niego o poradę lekarską różne osoby panujące, bawiące w stolicy, rodzina eks-króla Neapolu Hieronima, brata Napoleona I, a Marya Ludwika, żona Napoleona, poleciła mu opiekę nad synem, małym księciem Reichstadzkim. Stosunek serdeczny, jaki się wytworzył pomiędzy starym Frankiem i jego królewskimi pacyentami, dały i naszemu pamiętnikarzowi sposobność do zapoznania się z tą sferą.

W maju r. 1813. został Frank wezwany przez rektora Jana Śniadeckiego na mocy rozporządzenia kuratora do Wilna, gdyż po całorocznem zamknięciu kliniki miały być otwarte. Frank z żoną i wychowankiem podążył przez Kraków, Warszawę do Wilna, a jego powrót był »tryumfalnym,« tem bardziej, że wyobrażano sobie, iż miał zwiastować pokój, lecz się mylono. Odwiedzali go znajomi i przyjaciele. Zastał on w Wilnie jeszcze wielu jeńców lekarzy i ułatwiał im powrót do ojczyzny. Niektórzy pozostali w kraju, a niemało z nich dobrze się zasłużyło swej nowo-przybranej ojczyźnie. Wpływ wojny odbił się ujemnie na stanie zdrowotnym miasta, rozwinęły się choroby zakaźne, gnilec, choroby narządu trawienia, choroby serca i naczyń, a nadto znaczna ilość zaburzeń układu nerwowego, których kilka historyi autor przytacza.

W r. 1814 otwarta została ponownie w Wilnie klinika chorób wewnętrznych, lecz dla braku środków tylko na 6 łóżek; Frank miał wtedy 40 słuchaczów. Po śmierci adjunkta kliniki, Dr Błaszczykiewicza, zastąpił go Wincenty Herberski, późniejszy profesor terapii. Tegoż roku na akcie uroczystym Uniwersytetu Frank miał dwa odczyty: 1) »O właściwościach kołtuna« i 2) O wpływie rewolucyi francuskiej na medycynę praktyczną«. Minister oświaty, zachwycony tymi odczytami, przedstawił je cesarzowi, a Petersburska Akademia medyko-chirurgiczna mianowała autora swym członkiem honorowym. Stosunek Franka z kolegami poprawił się wówczas i okazywano mu pewne względy. Teraz po wojnie wskutek zubożenia miasta i kraju trudniej szło Frankowi ze zdobywaniem środków na cele dobroczynne, przytem pani Frankowa głos już traciła. Towarzystwo lekarskie, zamknięte podczas wojny, Frank ponownie wskrzesza i pobudza do czynności.

Nigdy — pisze Frank — śmierć pacyentów nie zmartwiła mnie tak srodze, jak śmierć Euzebiusza Słowackiego, profesora literatury polskiej. Umarł »z porażenia rakowatego wnętrzności w dole brzucha w kwiecie wieku, osierocając żonę Salomeę i syna (Juliusza znakomitego poetę) i naznaczył mnie opiekunem sierot, przyczem w testamencie pisał o mnie w wyrazach tak serdecznych, że czytając je zalałem się łzami«.

Z rozpraw naukowych Franka korzystali najznakomitsi ówcześni historycy medycyny, a mianowicie Richter w Moskwie, Sprengel w Hali i Valentin w Nancy, a Mudrow, profesor medycyny praktycznej w Moskwie, czerpał materyał do swych wykładów klinicznych z dzieła Franka »Praecepta praxeos medicae universae«.

W r. 1815 Frank otrzymuje zaproszenie na katedrę medycyny praktycznej w Getyndze. W tymże roku wskutek intryg Lobenweina wydało ministeryum rozporządzenie o dymisyi rektora Jana Śniadeckiego i o zastąpienie go przez Lobenweina. Studenci, chcąc uczcić zasługi byłego rektora, postanowili urządzić uroczysty obchód, lecz kiedy przyszedł z Petersburga zakaz, szlachta wydała świetny bal, i w ten sposób całe społeczeństwo mogło uczcić zasługi Śniadeckiego. Zastępca rektora Lobenwein wywiązywał się dobrze ze swych obowiązków. Zaprowadził porządek w kancelaryi uniwersyteckiej, w klinice lekarskiej ustanowiono stałą ilość łóżek, jego staraniem urządzono klinikę chirurgiczną, położniczą, teatr anatomiczny i zakład weterynaryjny. Z pewną goryczą mówi Frank, że petersburska Akademia nauk zaliczyła do rzędu swych członków Bojanusa i Lobenweina, tymczasem nie uznano godnymi tego tytułu, »ani mego ojca, ani mnie«. »Frekwencya kliniki w tym roku była bardzo znaczną, zastosowywano różne sposoby leczenia, a zaufanie publiczności coraz bardziej się zwiększało. Gdy ktoś zapytał jednego z chorych, jak mógł się zgodzić, aby mu od »głuchoty reumatycznej« przypiekano skórę głowy żelazem rozpalonem, odrzekł, iż skoro wszyscy chorzy z kliniki wracają do zdrowia, pozwoliłby sobie nawet odciąć głowę, gdyby mu to poradzono. Oprócz pracy nad dziełem o chorobach układu nerwowego, Frank zredagował w tym roku kilkanaście rozpraw swych uczniów. Opowiada o leczeniu niektórych chorób, szczególnie o przypadku wodowstrętu, spotrzeganym u prezydenta Wołka, pokąsanego przez psa wściekłego. Chorego przywieziono ze wsi do miasta z objawami tej choroby. Frank puścił mu krew obficie i zastosował wielkie dawki rtęci. Wołk umarł na 7. dzień choroby. Pasierb chorego, patrząc na jego męczarnie, wyobraził sobie, że ma także wodowstręt; dostał drgawek i nie mógł przełykać. Po makowcu i głębokim śnie młodzieniec przebudził się zupełnie zdrowym.

Frank pisze też o niektórych ze swych uczniów. Homolicki, z powodu choroby zwolniony od egzaminu na doktora medycyny na mocy postanowienia fakultetu, następnie pozostaje

przy Uniwersytecie. Zajął on, jak wiadomo, później katedrę po Franku. Inny z uczniów Franka, Chrzczonowicz, jako lekarz wojskowy niósł pomoc rannym pod Lipskiem, za co otrzymał order Włodzimierza i tabakierę złotą. Dr Hreczyna, stypendysta rządowy, był lekarzem na Kamczatce, a w owych czasach przejazd tak odległy dostarczył mu niemało przygód, które opisał [1]).

Frank wspomina o przyjeździe cesarza Aleksandra w r. 1815 do Wilna. Bardzo trudne było wobec cesarza położenie tych profesorów, którzy niedawno przedtem udawali się w delegacyi do Napoleona, jak bracia Sniadeccy i inni, widząc w cesarzu Francuzów zbawcę Polski. Profesorowie Niemcy, jak Bojanus i Lobenwein, chcąc okazać przywiązanie do rządu rosyjskiego, siedzieli w Petersburgu, gdzie knuli intrygi przeciw swemu wrogowi, Janowi Śniadeckiemu. Wielkie było zdziwienie, kiedy przy przedstawieniu się cesarz był bardzo łaskawy dla Śniadeckiego; Frank to przypisuje wpływowi Czartoryskiego na Aleksandra.

Rok 1816 był dla Uniwersytetu bardzo fatalny. Umarł akuszer prof. Matusewicz; jego miejsce zajął Mikołaj Mianowski, później ostatni dziekan Wydziału lekarskiego przed zamknięciem Uniwersytetu. W tymże roku umarł profesor fizyologii Jan Henryk Abicht, lecz największą stratą dla Uniwersytetu była nagła śmierć zdolnego, wielce sympatycznego chirurga, Jana Fryderyka Niszkowskiego, którego Frank gorąco opłakiwał, a mówiąc o jego następcy przypominał słowa ojca, że łatwiej jest znaleść dziesięciu profesorów medycyny klinicznej, niż jednego chirurga. Wobec tego na propozycyę Franka, Wydział lekarski zgodził się profesorowi chirurgii ofiarować znaczniejszą pensyę. Na kandydatów zostali przedstawieni Rust z Berlina i Assalini z Monachium. Lecz kiedy kandydatura ich się nie powiodła, zwrócono się do prof. Buscha w Petersburgu, a ten polecił swego ordynatora, Wacława Pelikana, który ogłosił pracę »o anewryzmach« i dokonać miał 105 wielkich operacyi chirurgicznych, a w ich liczbie 15 litotomii. Pelikan, chociaż z urodzenia Czech, lecz podawał się za Polaka [2]). Był on synem kapelmistrza orkiestry, sprowadzonego przez hetmana Ogińskiego. Ponieważ nie rościł pretensyi do większej pensyi, szala przechyliła się na jego korzyść. Stary Frank nie pochwalał wyboru, gdyż Pelikan był uczniem Buscha w Petersburgu, »z którego szkoły mieli wychodzić rzeźnicy, lecz nie chirurdzy«.

Śmierć Niszkowskiego najbardziej odczuł Mianowski, ponieważ wszystkie cięższe operacye kobiece jemu polecał, a obecnie poczuł, zdaniem Franka, swą nieudolność. Za namową Franka rzucił wszystko i nie prosząc, ani nie czekając urlopu, udał się do Wiednia do Boera dla wydoskonalenia się w chirurgii.

Tymczasem zmiany zaszłe w Ministerstwie oświaty wpłynęły na Uniwersytet. Po hr. Razumowskim ministrem został ks. Golicyn. Myślano, że rektorem ponownie zostanie Jan Śniadecki, tymczasem kurator powoływał Franka, namawiając profesorów, aby postawili jego kandydaturę. Lecz kiedy Frank kategorycznie odmówił, tłómacząc się licznemi zajęciami pedagogicznemi, pracą naukową i wreszcie praktyką, która jedynie mogła zabezpieczyć mu spokojną starość, wtenczas obrano rektorem Szymona Malewskiego, profesora prawa przyrodzonego i ekonomii politycznej. Malewski naukowo nie pracował, słynął ze skąpstwa i przysłowiowego nieochędostwa, lecz posiadał wiele sprytu praktycznego, był łagodnego charakteru, ze wszystkimi żył w zgodzie, stojąc po za partyjnemi intrygami, a doskonale znał sprawy uniwersyteckie, spełniając początkowo urząd sekretarza Uniwersytetu, a od r. 1816—1822 rektora. Za czasów Malewskiego Uniwersytet wileński doszedł do największej świetności, a pod względem słuchaczy był najliczniejszym. Jaką opinią cieszył się Uniwersytet u władz rządzących, dowodzi przypadek następujący. Prof. Kilian z Würzburga, porzuciwszy Uniwersytet, pojechał szukać szczęścia do Petersburga i tam wkrótce umarł, pozostawiwszy 18-letniego syna bez środków. Syn ten, pokonawszy wszystkie trudności, zakradł się do ogrodu pałacowego i upatrzywszy chwilę, kiedy cesarz Aleksander wyszedł na przechadzkę, zwrócił się do niego, błagając, aby dał mu możność powrotu do Niemiec. Trafiwszy na dobry humor cesarza, uzyskał środki na kształcenie się w jednym z uniwersytetów, lecz nie w niemieckim, gdzie się młodzi ludzie. zdaniem cesarza, psuli. »Może w Dorpacie« zapytał Kilian. »Nie« odparł cesarz, »niezbyt wysoko cenię profesorów medycyny w tym uniwersytecie, pojedziesz do Wilna, tam właśnie kwitnie nauka«.

Klinika Franka szła doskonale. Ciekawe jest wyliczenie chorób, które tam były leczone, jak n. p. »trąd w połączeniu z kołtunem«, »ostra woda w głowie wyleczona, gdyż znalazła odpływ przez ucho«. Najdłużej zatrzymuje się Frank na opisie wypadku katalepsyi, który był przedstawiany przed całym Wydziałem lekarskim ze Śniadeckim na czele. W tym czasie kwitł w Wilnie magnetyzm zwierzęcy; robili z nim doświadczenia młodzi lekarze, w kołach towarzyskich, wreszcie różni znachorzy i jasnowidzący, wyzyskujący publiczność. Największej sławy pod tym względem używał niejaki »Antoszka«, który miał rozpoznawać choroby przez dotknięcie się ręki chorego i zalecał »skuteczne« cudotwórcze lekarstwa. Właściciel szynku, mieszkający obok tego jasnowidzącego, dorobił się znacznego funduszu, praktyka Antoszki stała się groźną konkurentką dla lekarzy, a nazwisko jego zyskało taki rozgłos, że znakomity Hufeland w Berlinie zasięgał o tem wiadomości u Franka.

W r. 1816 wygnani zostali Jezuici z obu stolic i osadzeni na Białorusi, obawiano się bowiem prozelityzmu Rosyan na katolicyzm. Były to czasy reakcyi, zawarcia świętego przymierza, powstania w Wilnie Towarzystwa biblijnego na wzór petersburskiego, na którego czele stanął generał-gubernator Korsakow. Wznowiono lożę masońską, która już istniała w Wilnie w drugiej połowie XVIII w; filarami jej byli Groddek, Saunders i Mianowski. Do stowarzyszeń tych nie udało się wciągnąć Franka. Trzeźwego umysłu jego nie porywały idee, których realne cele nie były mu jasne, »a zresztą« — powiada — »nie miałem czasu na to, a co do dobroczynności, to wolałem ją prowadzić na własną rękę, niż w stowarzyszeniach, których ukrytych celów nie poznałbym nigdy«. Ucieszyła wielce Franka wiadomość, otrzymana od ojca, że Uniwersytet kazański, któremu on ofiarował swą bibliotekę, przysłał mu dyplom na członka honorowego, a krakowskie Towarzystwo literackie przysłało dyplom na członka

---

[1]) Uniwersytet, a następnie Akademia medyko-chirurgiczna w Wilnie nietylko dostarczyła wielu lekarzy dla naszych dzielnic, lecz niektórzy z nich zajmowali wybitne stanowiska w Petersburgu, a nieraz uczniów szkoły wileńskiej spotykać można było w dalekich zakątkach Rosyi. Wszyscy oni popularyzowali imiona Franków i Śniadeckich i podtrzymywali sławę swej uczelni. Wzrastałem na Litwie, pamiętając jeszcze w dzieciństwie dobre, sympatyczne postacie lekarzy wileńskich. Będąc studentem w medyczno-chirurgicznej Akademii w Petersburgu, zastałem tam jeszcze Henryka Kułakowskiego (ur. 1808 r.), ucznia i asystenta Jędrzeja Sniadeckiego, następnie profesora w Petersburgu, który po wysłużeniu emerytury został naczelnym lekarzem przy głównem Towarzystwie kolei żelaznych, Konstantego Balbianiego (ur. 1819 r.), emeryta, wice-dyrektora departamentu lekarskiego, który już po polsku zapomniał, zacnego filantropa Jerzego Kozłowskiego (zmarł 1875 r.), który jako owoc swej długoletniej pracy pozostawił kapitał, przynoszący dochodu 6 tysięcy rubli na stypendya dla Polaków, kształcących się w uniwersytetach rosyjskich, Rymkiewicza, długoletniego lekarza w dobrach ks. Wasilczykowa na Żmudzi. W Kijowie pamiętam profesorów emerytów, którzy tu przeszli po zamknięciu wileńskiej Akademii medyko-chirurgicznej: Karola Mirama fizyologa i zacnego Ignacego Fonberga chemika, który wykładał w Wilnie od 1822—1839 r., a następnie w Kijowie od 1840—1862. Znaną była odpowiedź Fonberga, dana cesarzowi Mikołajowi I. na zapytanie, czy nie jest krewnym znanej cesarzowi rodziny; Fonberg miał odpowiedzieć, że nie, gdyż jest synem kowala z Białegostoku. Osiadłszy następnie jako lekarz praktyczny na Ukrainie, słyszałem o »ostatnich Mohikanach« szkoły wileńskiej, Nenckim, zamieszkałym w Zwinogródce, Franciszku Olechnowiczu w Białej Cerkwi; znałem Sylwana Bobińskiego, filareta i wygnańca, następnie długie lata lekarza w Horodyszczach, Mikołaja Żuka, wychowańca szkół bazyliańskich w Połocku, później przez lat 40 lekarza w dobrach hr. Potockich w Burzance. Pewnego razu, przed laty będąc wezwany do chorego w żydowskiem miasteczku, zaszedłem do kramiku, ażeby coś kupić; zawinięto mi sprawunek w bibułę z łacińskim drukiem. Zainteresowałem się tem; objaśniono mnie, że żydzi nabyli bibliotekę po zmarłym lekarzu Żuku na makulaturę. Znaczną jej część zniszczono. W resztkach, które mi się udało uratować od zagłady, znalazło się wiele rzeczy wartościowych i białych kruków, a pomiędzy rachunkami gospodarczymi wychowania licznej rodziny Żuków i spostrzeżeniami pogody znalazło się dzieło Józefa Franka »Praxeos medicae universae percepta« Szczególnie mnie zajęło 8 grubych tomów oprawnych, zawierające notatki Żuka, z wykładów profesorów wileńskich: Rymkiewicza, Homolickiego, Herberskiego, Porcyanki i innych z lat 1835—1838. Książki z biblioteki Żuka złożyłem przed kilku laty w darze Towarzystwu przyjaciół nauk w Wilnie. I. T. H.

[2]) Kiedy po wypadkach 1863 r. wydalano ze wszystkich stanowisk w kraju Polaków, a w tej liczbie i lekarzy, wówczas dziad mój po matce Adam Fischer, Dr med. i chirur. Uniw. wileń., lekarz miejski wileński od r. 1828—1840, a od czasu utworzenia gub. Kowieńskiej akuszer i inspektor zarządu lekarskiego w Kownie, otrzymał w Kownie również dymisyę. Proponowano mu albo dymisyę lub posadę w głębi Rosyi. Pamiętam, jak w roku 1867 był w Petersburgu w swych sprawach i zwracał się do ówczesnego dyrektora departamentu medycznego, Pelikana. Na urzędowem przyjęciu Pelikan zapytał go: »Cztoże goniat Was« (Wypędzają Was), następnie zaprosił dawnego ucznia do siebie na obiad, z rozrzewnieniem wspominał dawne czasy wileńskie, mówił o miejscach i ludziach, o niechęciach do niektórych swych współkolegów. Był bardzo serdeczny, lecz rozmawiał po rosyjsku. Synowie i wnuki Pelikana byli Rosyanami, a prawnuki należą do obozu skrajnych czarno-secińców. I. T. H.

rzeczywistego, podpisany przez Walentego Litwińskiego, rektora i prezesa, oraz przez prof. Pawła Czajkowskiego, sekretarza.

W r. 1817 otrzymuje Frank urlop i odwiedza Wiedeń, gdzie ku ogólnemu zdumieniu uczęszcza na wykłady profesora oftalmologii Beera, o którego wykładach z zachwytem się wyraża, podnosząc, że nie spotkał nigdy takiego zapału do pracy, jak u niego. Beer był też mistrzem jako operator. Wspomina też Frank o innym okuliście wiedeńskim, Prochasce, słynącym również z mistrzowsko dokonywanych nastrzykiwań ciała ludzkiego, nabywa więc u niego kolekcyę preparatów anatomicznych dla Wilna [1]). Stara się też Frank o wysłanie adjunkta Herberskiego do Wiednia dla specyalizacyi w okulistyce, wykazując potrzebę otwarcia w Wilnie kliniki ocznej. Wszystkie te propozycye Franka Czartoryski aprobował, wyjąwszy założenia kliniki okulistycznej, pozostawiając to przyszłości. W rozmowie z Frankiem dziękował mu Czartoryski za energię i pracę dla Uniwersytetu, przytem prosił z odpowiednim gestem, ażeby i nadal »ożywiał fakultet nietylko własnym przykładem, ale dając szturchańce swoim kolegom«. Na ostatniej stacyi przed Wilnem w Rybiszkach spotkało powracającego Franka kilkudziesięciu słuchaczy i w ten sposób uczciło kochanego profesora. Po powrocie zastał już Frank w Wilnie nowego profesora chirurgii, Pelikana. Był to człowiek 26-letni, przyjemnej powierzchowności, wykładał dobrze, lecz większość operowanych umierała. Pierwszy założyciel Wileńskiej kliniki, prof. Briotet, wolał — powiada Frank — naturalną śmierć chorego, niż narażenie chorego na ryzyko, Niszkowski operował, gdy pewny był powodzenia, Pelikan, choć operował dobrze, nie troszczył się jednak o wynik po operacyi, stosując metodę Browna. Prędko jednak poznał Pelikan swój błąd i był ostrożniejszym w stosowaniu energicznych metod leczenia.

Posiedzenia Wydziału lekarskiego odbywały się zwykle w mieszkaniu ówczesnego dziekana Lobenweina. Po dłuższej przerwie dawne niesnaski Franka z kolegami wystąpiły ponownie, Lobenwein n. p. w godzinach wykładowych Franka naznaczył egzamina piśmienne dla uzyskania stopnia lekarskiego. Oburzony tem Frank wniósł do Wydziału zażalenie i przestał uczęszczać na posiedzenia w domu Lobenweina; skutkiem tego przeniesiono je do gmachu uniwersyteckiego. Następnie Lobenwein zmienił godziny wykładów i nastąpiła zgoda. Działalność Towarzystwa dobroczynności ożywił Frank, wnosząc projekt leczenia po domach biednych dzieci, co przy braku w Wilnie kliniki chorób dziecięcych dało studentom sposobność do zapoznania się z chorobami tego wieku.

W r. 1817 Frank przyjął wybór na prezesa Towarzystwa lekarskiego i wydał pierwszy tom pamiętnika Towarzystwa. Co do kliniki oftalmologicznej, to pomimo starań i nawoływań Franka, Wydział lekarski, wyjąwszy Wolfganga i Lobenweina, pozostał na to głuchym. Głównymi przeciwnikami byli Becu i Pelikan.

W r. 1818 Hufeland, wysoko ceniąc zasługi Franka, proponował mu posadę naczelnego lekarza w »Charité«, największym wówczas szpitalu w Berlinie. Frank jednak, nie chcąc tracić 14 lat, wysłużonych na emeryturę rosyjską i znacznej praktyki w Wilnie, odmówił tej zaszczytnej propozycyi. W tym to czasie Herberski, wróciwszy z zagranicy z najpochlebniejszemi świadectwami od prof. Beera i wykonawszy w Wilnie kilka operacyi ocznych, otrzymał od Uniwersytetu pozwolenie na dalszą naukową podróż za granicę.

W r. 1819 wychodzi nietylko drugi tom »Pamiętników Towarzystwa lekarskiego«, ale powstaje w łonie jego osobna sekcya farmaceutyczna pod przewodnictwem profesora farmacyi Wolfganga i rozpoczyna wydawać po polsku »Pamiętnik farmaceutyczny«, a Towarzystwo za swą czynność naukową otrzymuje tytuł »Cesarskiego Towarzystwa«.

Jednemu z lepszych swych uczniów, Feliksowi Rymkiewiczowi, kształcącemu się na koszt rządu, wyjednuje Frank posadę przy swej klinice. Rymkiewicz zostaje następnie profesorem patologii i terapii. W tymże roku dotknęło Franka ciężkie zmartwienie. Wiele obiecujący wychowanek, którego usynowił i bardzo się do niego przywiązał, oddany do kolegium jezuickiego w Połocku, po niedługiej chorobie życie tam zakończył.

Rok 1820 był rokiem żałoby dla Uniwersytetu. Po trzechmiesięcznej chorobie zakończył życie prof. Lobenwein. Umierając stanowczo zastrzegł, aby nie robiono sekcyi jego ciała; to zastrzeżenie anatoma dziwnem się wydaje Frankowi. Wielką trudność miano z obsadzeniem katedry anatomii. Po długich intrygach Bojanusa i Pelikana, wpływających na ministra, by przewlec sprawę (przyczem wykładał Pelikan, pobierając podwójną pensyę), został profesorem uczeń Uniwersytetu Wileńskiego Bielkiewicz, a Pelikan objął drugą wakującą po Lobenweinie katedrę medycyny sądowej, zrzekając się przywiązanej do niej pensyi (500 rubli) na rzecz gabinetu narzędzi chirurgicznych, którego był założycielem. Frank opowiada też o innym dowodzie bezinteresowności Pelikana: kiedy zwłoki kilku żydów, zmarłych pod knutem za rozboje i morderstwa, przywieziono do Wilna dla sekcyi, ich współwyznawcy ofiarowywali kilka tysięcy rubli za oddanie ciał, lecz Pelikan propozycyę odrzucił.

O ruchu społecznym w Wilnie niezawsze był Frank należycie poinformowany, nie znał zadań i dążeń pisma »Wiadomości brukowe«, nie wiedział o współpracownictwie w nich Jędrzeja Śniadeckiego, Mich. Balińskiego i Szymkiewicza, nazywał je pismem nieprzyzwoitem, rozgłaszającem tajemnice rodzinne i szkalującem najbardziej szanowane osoby (? !). Również nie był Frank wtajemniczony i w Towarzystwo filomatów i filaretów, których hasłami były »nauka, cnota, braterstwo«.

Na zapatrywanie Franka na choroby rzuca światło ciekawy historyczny dokument. Jest to: »Projekt zarządzeń sanitarnych przeciw kołtunowi, przedstawiony królewskiemu rządowi polskiemu«, w którym autor nawołuje rząd do zwalczania szczególnie chorób zakaźnych i pochodzących szczególnie z »wyziewów błotnych«. W tym celu doradza urządzenie kwarantany i osuszenie błot. Szczególny kładzie nacisk na »chorobę zwaną kołtunem« (plica polonica), będącą według niego plagą narodową, która wskutek warunków miejscowych pojawia się i w krajach sąsiednich i gubi nietylko część obecnie żyjącej ludzkości, lecz podkopuje istnienie przyszłych pokoleń. »Kołtun gnieździ się nietylko we włosach, lecz poraża wszystkie części ciała. Owrzodzenie rakowate żre skórę, »caries« niszczy kości, nos zapada, oczy wskutek zapalenia przestają widzieć, a uszy słyszeć, różnorodne bole męczą chorego we dnie i w nocy. Całe miesiące upływają, zanim sen na chwilę da uspokojenie w cierpieniach. Wreszcie występują konwulsye i utrata świadomości, po latach kilkunastu śmierć, z nielicznymi wyjątkami, kładzie koniec męczarniom«. Frank był tego zdania, że kołtun niezawsze w Polsce grasował, a więc nie jest nieodłącznie z tym krajem związany. Dlatego uważa za możebne »wyrwać tę okropną chorobę z korzeniem«, a to przez poznanie jej doniosłości i siły, przez wyjaśnienie jej istoty, źródeł i wskazanie środków. W tym celu zaleca utworzenie osobnego komitetu, złożonego z lekarzy rządowych i profesorów Uniwersytetu Warszawskiego, założenie szpitala dla kołtunowatych, wykonywanie rozbiorów wydzielin chorych, wreszcie sekcyi zwłok i wyznaczenie nagrody za najlepszą pracę o kołtunie.

Ostatnie lata pobytu Franka w Wilnie (1821—1822) nie zaznaczyły się niczem godnem pamięci, prócz kilku nieprzyjemności, które go spotkały. Pierwszą z nich było, że kiedy Frank w swym podręczniku udowadniał potrzebę kliniki okulistycznej w Wilnie, obwiniając o jej brak Wydział lekarski i nazwał Uniwersytet wileński najbogatszym w Europie, profesorowie Becu i Pelikan zaskarżyli go przed Senatem akademickim, który na mocy tego uchwalił, ażeby podręczniki profesorów, nawet drukowane zagranicą, podlegały cenzurze Wydziału. Frank napisał do kuratora, że w uchwale Senatu widzi tylko wystąpienie przeciw sobie, bo on jeden tylko naukowo pracuje, jeżeli więc zapadnie postanowienie po myśli Senatu, będzie ono równoważyć z jego dymisyą. Kurator uchwały nie zatwierdził, lecz wystosował do Franka surowy list. Ganił w nim postępowanie profesorów, lecz wymawiał Frankowi wygłaszanie takiej opinii »że Uniwersytet wileński jest najbogatszym w świecie«, a to dlatego, że nie jest to prawdziwe, a powtóre, że może obudzić zawiść w innych, szkodząc przyszłym losom Uniwersytetu, co dla Franka nie może być obojętnem, jako dla członka Uniwersytetu; wszystko to zaś nie przyspieszy otwarcia kliniki oftalmologicznej

Tymczasem z rozmaitych stron otrzymuje Frank uznanie za swój podręcznik, to od Dra Rhemana, dyrektora departamentu medycznego w Petersburgu, to od leibmedyka Wylie, hr. Capodistria i innych, a od cesarza pierścień ze wspaniałymi dyamentami.

Prócz rozmaitych artystów odwiedziło w tym czasie Wilno wielu uczonych. Do najprzedniejszych z nich zalicza Frank Wilibalda Bessera, profesora botaniki z Krzemieńca, którego Frank chciał przeciągnąć do Wilna, Michelsona, wziętego lekarza grodzieńskiego, Józefa Sękowskiego oryentalistę, który w r. 1827 został profesorem języków i literatur wschodnich w Petersburgu

[1]) W Zakładzie Uniwersytetu kijowskiego przechowują się dotąd ze zbiorów Wileńskich cenne preparaty Prochaski, Siemiaszki, a szczególnie prof. Bielkiewicza. W uznaniu zasług Bielkiewicza, jako twórcy i założyciela anatomicznych zbiorów, Wydział lekarski z inicyatywy prof. Wł. Beca w Kijowie ozdobił przed laty salę biustem znakomitego wileńskiego anatoma (ur. 1798, zmarł w r. 1840 w Wilnie). I. T. H.

i tam się zupełnie zrusyfikował. W tym czasie przyszły do Wilna pułki gwardyi. Kilku oficerów, należących do wyższej arystokracyi rosyjskiej, bywało w domu Franka, »a od ich rozpraw rewolucyjnych włosy mu powstawały na głowie«. Był to zapewne zawiązek przyszłego tajnego stowarzyszenia dekabrystów, którzy bratali się z Polakami. Bawił w tym czasie w Wilnie WKsiążę Mikołaj, późniejszy cesarz.

W roku 1821 Frank stracił ojca, który umarł, mając lat 77. Majątek jego wynosił 168.000 florenów. Według testamentu podzielił stary Frank prawnie połowę funduszu pomiędzy synem Józefem i zięciem Paternelem, a drugą część, którą mógł dowolnie rozporządzać, zapisał synowi, oraz dożywotnią pensyę pani Janitch, z którą przeżył długie lata.

Do rzędu nieprzyjemnych zdarzeń w życiu Franka należały następujące: Przyjechał do Wilna 40-letni Dr Kreilich z Fiume, ażeby nostryfikować swój dyplom lekarski, a następnie szukać szczęścia w Rosyi. Ponieważ do egzaminu na razie nie mógł się przygotować, Frank wyrobił mu miejsce i prawo praktyki w domu pewnego obywatela na wsi, lecz tam ów Dr Kreilich po niejakim czasie życie sobie odebrał. Obwiniano Franka, iż nie pomógł mu materyalnie, zamiast wysyłać gdzieś do odległej wsi. To znowu syn pewnej wdowy po pastorze ewangelickim z Kowna, Hickmann, pozostający na koszcie rządowym w Uniwersytecie, jako chory nie wstąpił do kliniki, lecz leczył się w ogólnej kwaterze i tam rzuciwszy się z III piętra, zabił się na miejscu. Matka zmarłego zaskarżyła Franka, że jako przełożony nie miał nad nim dozoru. W trzecim przypadku niejaki Jakuliński, student, prosił Franka o przyjęcie go do Instytutu medyków na koszt skarbu, lecz Frank, mając niepochlebne o nim informacye, odmówił. Po pewnym czasie Jakuliński przedstawił dobre świadectwa z postępów i sprawowania i został do Instytutu przyjęty. Pewnego razu Jakuliński otrzymał wymówkę od prof. Franka wobec Dra Rymkiewicza, subinspektora. Jakuliński wyobrażając sobie, że go Rymkiewicz zadenuncyował, wystąpił zuchwale wobec niego, co zmusiło Franka do wyrzucenia Jakulińskiego z pokoju. Wtedy Jakuliński zaskarżył Franka przed rektorem, a tymczasem sam chciał sobie wymierzyć sprawiedliwość. Do spacerującego z Capellim w lesie Zakreckim Franka strzelił, lecz nie trafił. Jakuliński na zasadzie wyroku sądowego został pozbawiony szlachectwa, oddany w sołdaty i wysłany do pułku na Syberyę. Ponieważ na korzyść skazanego pomiędzy niektórymi profesorami urządzono hojną składkę, podejrzywał Frank, że Jakuliński był narzędziem w ich rękach.

Te i inne wypadki, zrażając studentów do Instytutu, pozbawiły rząd kandydatów na lekarzy wojskowych, a możność zwrócenia kosztów wychowania zwiększała ilość zwolnionych od służby urzędowej. Zdolniejsi znajdowali dobroczyńców, którzy pożyczali im pieniądze na spłacenie długu rządowego. Administracya zwróciła na to uwagę i na wykup zezwalano tylko w przypadkach wyjątkowych.

Kiedy Frank, zdecydowawszy się opuścić Wilno, powiedział o tem ks. Czartoryskiemu, ten zaczął mu robić mnóstwo trudności. Frank uniósł się i ze zwykłą sobie krewkością powiedział kuratorowi, że »za wszystko, co zrobiłem dla Uniwersytetu i dla Litwy, odmawiacie mi należnej prawnie emerytury; wyjadę i bez niej, wynagrodzi mi to honoraryum księgarza za wydanie mego dziennika, w którym szczegółowo wszystko opiszę«. Książę wymawiał Frankowi te słowa i powiedział, że jeżeli nieodwołalnie postanowił Wilno opuścić, to zadosyć uczyni jego prośbom i ułatwi otrzymanie prędkiej dymisyi, co też rzeczywiście uczynił.

W parę miesięcy po tej rozmowie wyszedł ukaz cesarski, wzbraniający poddanym i urzędnikom rosyjskim ogłaszania czegokolwiek bądź, dotyczącego ich służby. Frank sądzi, że to było następstwem jego rozmowy z kuratorem.

Dla otrzymania pełnej dymisyi Frank powoływał się na chorobę oczu i słabość wzroku. Przyznano mu emeryturę roczną w kwocie 2.000 rubli.

»Nie będę opisywać« — mówi Frank — »smutku, jakiego doznałem, żegnając moich pacyentów i przyjaciół, opuszczając miasto, w którem doznałem tyle dowodów przyjaźni i dobroci. Nie żałuję tego, żem najpiękniejszą część życia poświęcił temu gościnnemu krajowi. Gdybym był profesorem w centrum Europy, sława moja więcejby zyskała, ale pod względem materyalnym żaden kraj tyleby mi nie dał, co Litwa, gdybym tylko umiał i chciał korzystać z okoliczności. Zawsze męczyła mię myśl, że Litwini mogą mię posądzać o interesowność, że żyłem z nimi tylko dlatego, aby zebrać kapitał, a potem pędzić życie przyjemne w innym kraju«. »Prawdopodobnie« pisze dalej, »nie opuściłbym tego kraju do śmierci, gdyby nie to, że w latach ostatnich zbyt wiele miałem do zniesienia boleści i gdybym nie przewidział, że wcześniej lub później rozszaleje się straszna burza nad Uniwersytetem, do którego należałem«.

Wiele miejsca w pamiętnikach zajmują stosunki towarzyskie Franka, pobyt ojca Franka w Petersburgu, Wiedniu, stosunki jego z dworem wiedeńskim i petersburskim, z Napoleonem, z Lareyem, Corvisartem i innymi słynnymi lekarzami ówczesnymi. Oprócz tego znajduje się wiele w nich wiadomości o wypadkach politycznych, osobach wybitnych jak u nas, tak i w Europie, jednem słowem pamiętniki Franka są kroniką pierwszej ćwierci XIX wieku, przyczynkiem do historyi cywilizacyi u nas, książką mogącą zainteresować każdego inteligentnego czytelnika, a tembardziej lekarza.

Wielka wdzięczność należy się Dr W. Zahorskiemu, że nie szczędził trudu na przetłómaczenie i opatrzenie potrzebnymi przypiskami pamiętników. Niestrudzony ten pracownik, zająwszy placówkę w Wilnie po zasłużonym badaczu Dr J. Bielińskim, stoi w stolicy Gedyminowej na straży naszej kulturalnej spuścizny, strzegąc ją od zagłady.

J. Talko-Hryncewicz.

---

†

Stanisław Kamieński

ordynator Domu wychowawczego, były redaktor »Pamiętnika Towarzystwa lek. warszawskiego«, współredaktor »Gazety lekarskiej«, zmarł w Warszawie w 53 r. ż.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Otrzymujemy następującą odezwę:

»Muzeum historyczne medycyny i farmacyi polskiej, zostające pod opieką Wydziału lek. U. J., gromadzi przedmioty dotyczące nauki i zawodów: lekarskiego, farmaceutycznego i aptekarskiego. Dotychczasowe zbiory obejmują przeszło osiem tysięcy różnych przedmiotów i znajdują się w Klinice medycznej U. J. (Kopernika 15) w tymczasowym zarządzie prof. W. Jaworskiego, dokąd dary ofiarowane dla Muzeum uprasza się przesyłać. Najmniejszy nieraz przedmiot, uważany za nic nie znaczący, może nabrać w przyszłości dużej wartości historycznej, a przechowany w Muzeum zostaje zabezpieczony od zagłady.

Muzeum gromadzi przedmioty od najdawniejszych czasów, aż do dnia dzisiejszego. Dzieła lekarskie i farmaceutyczne, drukowane i pisane przez autorów Polaków, odbitki prac, czasopisma lekarskie i aptekarskie, artykuły i wzmianki lekarskie i farmaceutyczne w czasopismach politycznych i innych, statuty towarzystw i izb lekarskich i aptekarskich, sprawozdania z ich działalności, jakoteż ze zjazdów i wieców lekarskich. Odezwy, bilety, recepty, świadectwa, dyplomy, adresy, upominki, korespondencye, listy pochwalne, odznaczenia, ordery, medale. Plany i opisy szpitali, zdrojowisk i zakładów leczniczych polskich, stare

inwentarze, rozporządzenia władz sanitarnych, partactwo lekarskie i t. p., portrety, sztychy, fotografie poszczególne i zbiorowe i ich rodzin. Przyrządy, modele i preparaty pomysłu lekarzy i aptekarzy Polaków i t. p. W. Jaworski«.

— Zarząd Biblioteki Tow. lek. krak. składa serdeczne podziękowanie kol. Dr Grzybowskiemu z Krakowa za dzieła ofiarowane bibliotece i kol. Dr Surzyckiemu za sto tomów cennych dzieł darowanych bibliotece. Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Towarzystwo »Wyzwolenie« otwarło dobrze urządzoną wystawę przeciwalkoholową.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. X. do 18. X. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca 11 † — (— † —), ospy wietrznej 2, płonicy 6 † 1 (— † —), odry 9 † — (— † —), duru brzusznego 5 † 1 (3 † —), czerwonki 8 † 2 (3 † 1), gorączki połogowej — † —, róży 2 † —.
Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 6. X. do 20. X. 1913 przypadków: ospy 5 † —, płonicy 18 † 8. Dr Trenkner.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 2. X. 1913 przedstawiono m. i. komunikaty następujące: 1) R. Merecki: Temperatura powietrza w Polsce pod wpływem zmiennej działalności słońca. 2) J. Sosnowski: Cechy krzywej szybkości skurczu mięśnia. 3) A. Landau i A. Rząśnicki: O zwracaniu się zawartości dwunastniczej do żołądka.

— Nowy wspaniały szpital dziecięcy, powstały przy ulicy Leszno l. 136 dzięki wielkodusznej ofiarności p. Zofii Szlenkerównej, został uroczyście otwarty 19. X. b. r. Przy otwarciu przemawiali prezes Tow. lek. Dr Pawiński, redaktor »Gazety lek.« Dr Puławski i fundatorka. Naczelnym lekarzem szpitala jest Dr Józef Brudziński, według którego też wskazówek szpital został zbudowany. Szpitalowi, z polskich szpitali dziecięcych niewątpliwie najlepiej urządzonemu, życzymy serdecznie pomyślnego rozkwitu ku dobru cierpiącej dziatwy i pożytkowi polskiej nauki.

— Jak donosi »Gazeta lekarska« (Nr 42), ma Rada ministrów obradować nad projektem »ustawy o praktyce lekarskiej«, opracowanym przez ministeryum spraw wewnętrznych. Projekt ten określa prawo praktyki, obowiązki lekarzy co do tajemnicy zawodowej, co do wolności operowania i t. d., i ustanawia autonomiczne »Rady lekarskie« w każdej gubernii, analogiczne do austryackich i niemieckich Izb lekarskich. Ministeryum spraw wewn. opracowało również projekt zabezpieczenia granic państwa przed zawleczeniem chorób epidemicznych i ma ten projekt wnieść do Dumy.

— W okręgu fabrycznym warszawskim powstało na zasadzie nowego prawa o kasach chorych 201 kas, liczących 120.000 członków.

Mianowani: Dr Tomkowicz naczelnym lekarzem, a Dr Adamowicz ordynatorem miejskiego szpitala zakaźnego w Mińsku; dyrektorem Instytutu chorób zakaźnych w Berlinie (po R. Kochu) prof. Löffler z Gryfii; prof. Rabl z Innsbrucku profesorem histologii w Grazu, prof. R. Schmidt z Grazu profesorem med. wewn. w Pradze.

Zmarli: Dr Jakób Spyra, gorliwy pracownik społeczny, w Bytomiu na Górnym Śląszku; Dr Jan Kreutz w 47 r. ż. w Stanisławowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 29. października 1913 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład prof. Browicza: »Czy rak pojawia się obecnie częściej, czy też nie?«

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Najwyższe odznaczenie: Krzyż honorowy, wielki złoty medal i dyplom honorowy otrzymała „ŠARATICA" na III międzynarodowej wystawie lekarskiej we Wiedniu w r. b. Jestto nowy dowód, że Šaratica jest najlepszą wodą gorzką, która się odznacza bogatą zawartością soli gorzkich (w 1000 gr. 65 gr.), szybkiem działaniem i przyjemnym, nie wstrętnym smakiem.

Rok LII. Kraków, dnia 1. listopada 1913 Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

Spostrzeżenia kliniczne w kilku sporadycznych przypadkach choroby Heine-Medina o niezwykle korzystnym przebiegu

skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

Wobec niedawnych prac Müllera, Römera, Wickmanna, napisanych w formie monografii, uwzględniających obszernie całe piśmiennictwo, poświęcone chorobie Heine-Medina, oraz wyczerpujących rozpraw o niej na zeszłorocznym zjeździe pedyatrów w Paryżu, wydaje mi się rzeczą zupełnie zbyteczną kreślić stopniowy rozwój naszych wiadomości o tej chorobie i streszczać obecne nasze o niej pojęcia. Znaczyłoby to powtarzać rzeczy łatwo dla każdego dostępne. Wystarczy, jak sądzę, jeśli zaznaczę, że współczesna medycyna kliniczna wyszła na tem polu daleko poza ramy, stworzone jeszcze przez Heinego i godząc się zupełnie z zapatrywaniami Medina, wygłoszonemi w r. 1890 na międzynarodowym zjeździe lekarzy i przyrodników w Berlinie, uznała, że na jednem tle etyologicznem powstawać mogą rozmaite obrazy chorobowe, zależnie od tego, które okolice i jakie obszary mózgu i rdzenia uległy zapaleniu. Wspólność pochodzenia stwierdzają nietylko dokładne studya epidemiologiczne całego szeregu przypadków, tworzących ogniwa licznych epidemii, ale także skrupulatne badania anatomiczne materyału sekcyjnego. Od czasu, kiedy Landsteinerowi powiodło się przez szczepienie małp wywołać doświadczalną chorobę o tych samych cechach, jakie spostrzegamy u ludzi, mamy nadto w takich doświadczeniach prawdziwe experimentum crucis, stanowiące niezbity dowód zakaźnego*) pochodzenia choroby z jednej, a pewny sposób rozpoznawczy z drugiej strony. Dla rozpoznawania wątpliwych przypadków, kończących się zupełnie pomyślnie, może mieć ważne znaczenie i ten szczegół, że surowica krwi takich chorych posiada zdolność ubezwładniania jadu, a zmieszana w odpowiedniej ilości z materyałem zakażonym i wszczepiona z nim razem zwierzętom, chroni je przed chorobą. Zwracają na to uwagę Netter i Levaditi, Römer i Müller.

Na podstawie wszystkich tych szczegółów można było krytycznie rozebrać cały materyał kliniczny, oświetlić go należycie, a wreszcie uporządkować dokładnie. Z całej tej pracy wyłoniła się potrzeba odróżnienia kilku zasadniczych typów choroby. Wickmann, który w kierunku rozczłonkowania poszedł najdalej, odróżnia osiem jej postaci. Należą do nich:

1. Postać rdzeniowa, znana już oddawna, najczęstsza i określana skutkiem tego nazwą postaci klasycznej.
2. Postać typu Landryego odznaczająca się tem, że porażenia powstają kolejno, postępują od dołu ku górze, rzadziej w odwrotnym kierunku. Cechuje ją przebieg ciężki, zazwyczaj szybki, z niepomyślnem zejściem.
3. Postać opuszkowa lub mostowa, przypominająca niekiedy bardzo żywo ostre porażenie opuszkowe.
4. Postać mózgowa, poczytywana już dawniej przez Strümpla i P. Mariego za odmianę porażenia rdzeniowego, a znana pod nazwą ostrego lub zakaźnego porażenia mózgowego. Obraz choroby może być zresztą bardzo rozmaity, zależnie od siedziby i od rozmiarów sprawy zapalnej.
5. Postać móżdżkowa, zwana także ataktyczną, odznaczająca się zawrotami głowy i zachwianiem równowagi ciała.
6. Postać oponowa, przypominająca bardzo żywo nagminne zapalenia opon mózgu i rdzenia.
7. Postać, naśladująca rozsiane zapalenie nerwów.
8. Postać poronna, w której niema zupełnie porażeń mięśni, ani też innych znamion choroby układu nerwowego, gdzie choroba ogranicza się do zaburzeń ogólnej przyrody i kończy się z zasady pomyślnie.

Przy śledzeniu rozwoju i postępów wszystkich niemal opisanych dotychczas epidemii choroby Heine-Medina można było stwierdzić, że przed wystąpieniem jej nagminnem pojawiały się mniej lub bardziej liczne przypadki sporadyczne. Rozumie się samo przez się, że chodziło tu przedewszystkiem o t. zw. klasyczną postać zapalenia, bo ta, jako najbardziej znana, pozwalała jedynie na pewne rozpoznanie. Pokazało się dalej, że, po wygaśnięciu jednej epidemii w pewnem miejscu, lub w pewnej okolicy, takie sporadyczne zachorzenia nie znikają i przydarzają się dalej od czasu

*) Badania S. Flexnera i H. Noguchi, wykonywane w Instytucie Rockfellera w N. Yorku doprowadziły do wykrycia zarazka nagminnego zapalenia mózgu i rdzenia typu Heine-Medina. Sprawozdanie z tych badań zostało ogłoszone w Berl. kl. Wochenschrift Nr 37., wydanej 15. września b. r.

do czasu. Zupełnie więc słusznie powstało zapatrywanie, że stanowią one łącznik epidemiologiczny, a dalej, że pomiędzy postacią nagminną i sporadyczną choroby nie ma żadnej różnicy. Zapatrywanie to rozpowszechnia się coraz bardziej. Widocznie jednak nie jest jeszcze zupełnie utrwalone, skoro nawet w najnowszych monografiach o chorobie Heine-Medina znajdują się osobne ustępy, które mają za zadanie uzasadnić tożsamość obydwu postaci.

W istocie rzeczy panuje już obecnie zupełna zgoda w pojmowaniu patogenezy choroby. Co najwyżej spotkać się jeszcze można ze zdaniem, że różną jest tylko jadowitość zarazka, znaczniejszą w przypadkach epidemicznych, mniejszą w sporadycznych. Pewne wątpliwości zachodzą tylko co do tego, czy w przypadkach schorzeń odosobnionych przydarza się taka sama zmienność objawów choroby i czy tak samo rozróżniać trzeba rozmaite postacie zapalenia, jak w przypadkach nagminnych. Gromadzenie spostrzeżeń, któreby tego rodzaju wątpliwości rozjaśnić mogły, jest wobec tego zupełnie zrozumiałe i zawsze jeszcze bardzo pożądane.

Z pośród sprawozdań, zajmujących się opisami takich przypadków, zasługuje na szczególną uwagę odczyt Marchanda na posiedzeniu Tow. lek. w Lipsku z r. 1910, o przebiegu i o objawach choroby u młodego 22-letniego człowieka, z zejściem śmiertelnem. Cała sprawa trwała zaledwo 6 dni. Porażenia mięśni przypominały rozwojem swoim znany typ porażenia postępującego Landryego, a śmierć nastąpiła skutkiem porażenia oddychania. Zmiany anatomiczne, znalezione przy badaniu pośmiertnem, godziły się najzupełniej z obrazem, skreślonym z wielką precyzyą przez Wickmana dla zmian, spotykanych stale w mózgu i rdzeniu osób, zmarłych skutkiem nagminnego zapalenia typu Heine-Medina.

Z czasów moich studyów w klinice krakowskiej przypominam sobie przypadek, podobny do spostrzeżenia, opisanego przez Marchanda. Choroba rozpoczęła się ostrymi objawami ogólnymi, gorączką, bolami głowy, ogólną przeczulicą skórną. Po paru dniach zjawiły się wiotkie porażenia kończyn dolnych, później także i górnych, które po pewnym czasie częściowo ustąpiły. Chory wyzdrowiał, ale zupełnej władzy w członkach nie odzyskał. Rozpoznanie w tym przypadku opiewało: porażenie postępujące Landryego. Przy omawianiu przebiegu choroby podnosił z naciskiem ówczesny profesor kliniki, ś. p. Edward Korczyński, ostry jej początek i przebieg i zaznaczał niecodzienność takiego przebiegu. O zestawieniu tego przypadku z nagminną postacią porażenia Landryego nie mogło być wtedy jeszcze mowy, wobec tego, że praca Medina zupełnie nie była u nas znana.

Te dwa spostrzeżenia uzasadniają, jak sądzę, dostatecznie zapatrywanie, że postać sporadyczna okazywać może taki sam postępujący typ porażeń, z jakim się spotykano w czasie nagminnego panowania choroby Heine-Medina, a nadto pierwsze z nich pokazuje, że przebieg może być tak samo ciężki i kończyć się niepomyślnem zejściem.

W obu tych przypadkach uwydatniało się w obrazie klinicznym w pierwszym rzędzie schorzenie komórek zwojowych w rogach przednich rdzenia, w przypadku Marchanda także w rdzeniu przedłużonym. Choroba nie odbiegała więc zasadniczo od typu klasycznej postaci zakaźnego zapalenia rdzenia w pierwotnem pojęciu. Do rzędu spostrzeżeń, w których zespół objawów jest nieco odmienny i godzi się bardzo dobrze z opisami autorów, streszczających swoje doświadczenia na podstawie spostrzeżeń o objawach i przebiegu nagminnej postaci, należy kilka przypadków, leczonych w ostatnich czasach na moim oddziale.

Przypadek I. Helena D., lat 24, służąca, wyzn. rzym.-kat, z Sarajewa, przyjęta na oddział 30. listopada 1912.

Wywiady. Z opowiadania służbodawcy wynika, że chora już na dwa tygodnie przed wybuchem obecnej choroby miała krótkotrwały napad, który ograniczył się na przemijającym niedowładzie w obu kończynach prawej połowy ciała. Wieczorem 5. listopada dostała chora wymiotów, lekkich dreszczów i gorączki, skarżyła się na ból głowy i obolałość całego ciała. Stan taki trwał przez dzień następny. Trzeciego dnia choroby wystąpiła zupełna apatya; chwilami chora majaczyła.

Stan obecny po przyjęciu. Zachowanie się zupełnie bierne, przy dotykaniu ciała chora jęczy i usuwa się. Na pytania zupełnie nie odpowiada. Skóra twarzy blada. Fałd nosowo-policzkowy prawy wygładzony, lewy kąt ust uniesiony w górę. Powieka górna prawa niedomknięta. Ruchomość gałek ocznych, o ile stwierdzić można, utrzymana; od czasu do czasu występuje zataczanie gałek — nystagmus rotatorius. Oddziaływanie źrenic utrzymane. Podniesiona w łóżku, nie może się chora utrzymać w pozycyi siedzącej o własnych siłach. Bardzo uderzające jest zwłaszcza opadanie głowy ku przodowi. Mięśnie karkowe nie okazują prawie żadnego napięcia, są wiotkie. Taką samą wiotkość stwierdzić można w mięśniach prawej połowy brzucha. Kończyna górna prawa zgięta w łokciu; przy wyprostowywaniu trzeba przezwyciężyć dość znaczny opór. Kończyna dolna prawa wyraźnie niedowładna.



Po całej prawej stronie ciała wyraźna przeczulica skóry i mięśni. Po obu stronach brakuje odruchu kolanowego; odruchy mięśniowe po stronie prawej słabsze, aniżeli po lewej. Od czasu do czasu dostrzedz można drgania większych pęczków mięśniowych, zwłaszcza w mięśniach twarzy i goleni prawej.

Mocz oddaje chora pod siebie. Stolca od kilku dni nie było.

Z innych szczegółów zasługują na uwagę znaczna pobudliwość naczynioruchowa skóry, spotęgowana do tego stopnia, że lekkie przesuwanie rękojeścią młotka sprowadza występowanie żywo czerwonych pasów, a nadto wielka skłonność do potów. Badanie narządów wewnętrznych wykazuje ostry nieżyt gardła, nieżyt oskrzeli, obrzęk śledziony o tyle wyraźny, że brzeg narządu tego pod łukiem żebrowym dobrze wyczuć można. Czynność serca zmienna, liczba tętna waha się między 80 a 120 w minucie. Ciepłota ciała w pierwszym dniu pobytu chorej w szpitalu między 37·3 a 38·7° C.

Przez nakłucie lędźwiowe wydobyto około 60 cm^3 zupełnie jasnego płynu. W osadzie skąpa ilość limfocytów. W drobnowidowym obrazie krwi zwracała uwagę w preparatach barwionych większa odsetkowa ilość limfocytów. O ile na podstawie oglądania tych preparatów wnosić było można, nie była ilość ciałek białych większa od prawidłowej, raczej mniejsza.

O dalszym przebiegu choroby zapisano: Stan gorączkowy utrzymywał się do 5. XII. Zaparcie stolca trwało dłużej, bo do 7. XII. Dopiero po powtórzonych znacznych dawkach oleju rącznikowego i po częstych wysokich wlewaniach do kiszek wystąpił bardzo obfity stolec. Oddała go chora pod siebie. Przez cały ten czas zachowuje się chora zupełnie obojętnie, śpi we dnie bardzo wiele, w nocy chwilami bywa niespokojna, nogą lub ręką uderza w posłanie. Nie mówi zupełnie, czasami wydaje krótki, stłumiony jęk, jakby głębokie westchnienie. Kilkakrotnie stwierdzono pojawianie się plam sinawych na skórze klatki piersiowej, brzucha i kończyny dolnej po stronie prawej. Plamy te nie utrzymywały się nigdy długo. Od 7. XII. zaczyna chora odpowiadać na pytania, czyni to jednak z widoczną trudnością, mówi niewyraźnie, bezdźwięcznie. Ta niemożność dobrego wymawiania sprawia jej wielką przykrość, a nawet pobudza do płaczu. Porażenie n. twarzowego utrzymuje się w zakresie środkowej i dolnej gałęzi. Porażenie kończyn prawej połowy ciała jeszcze wyraźniejsze, aniżeli z początku. Kończyny są zupełnie bezwładne. Odruchy ścięgniste i mięśniowe po tejże stronie są jednak utrzymane. Po stronie lewej występują odruchy ze zwiększoną siłą. Porażenie zwieracza pęcherza i odbytu utrzymuje się dalej.

Stan taki trwał do końca grudnia. W tym czasie ustąpiło porażenie pęcherza i odbytnicy, mowa stała się wyraźniejsza, usposobienie chorej stało się mniej przygnębione. Od 4. I. 1913 zaczęło się szybko poprawiać porażenie kończyn.

14. I. zapisano: Chora chodzi o własnych siłach, ręką prawą może również dość swobodnie poruszać. Objętość kończyn po stronie prawej mniejsza, aniżeli po lewej. Obwód ramienia prawego wynosi 23 cm, lewego 24 cm; przedramienia, 2 cm poniżej przegubu łokciowego, po stronie prawej 21 cm, po lewej 22 cm. Udo prawe, 22 cm powyżej górnego brzegu rzepki, mierzy 44 cm, lewe 46 cm. Obwód goleni prawej w środku łydki wynosi 31 cm, lewej 32·5 cm. Mięśnie dłoni prawej, zwłaszcza palca wielkiego, wiotsze i cieńsze. Podobną wiotkość stwierdzić można i w mięśniach prawej strony brzucha. Pobudliwość mechaniczna mięśni utrzymana; przy kurczeniu się mięśni pod wpływem uderzenia młotkiem stwierdzić można wyraźnie odruch znużenia. Występuje on najwyraźniej w mięśniach wielkiego palca u ręki prawej. Stopień odruchu nie jest we wszystkich mięśniach jednakowy. W mięśniu dwugłowym, w zginaczach palców i w mięśniu skręcającym przedramię (pronator) stwierdzić można słabsze, powolne skurcze, a nadto pojawiają w nich okresowo drgania pęczków. Podobne drgania występują także w niektórych mięśniach kończyny dolnej prawej. Odruchy kolanowe po obu stronach silne, po stronie chorej odruch nawet wyraźnie wzmożony. Po tejże stronie bardzo wyraźny odruch stopowy i odruch Oppenheima.

Pobudliwość elektryczna mięśni, w których już na podstawie zwykłego badania przyjąć trzeba obecność zmian odżywczych, o tyle zmieniona, że pod wpływem drażnienia prądem przerywanym nie powstaje nagły, silny skurcz, lecz powolne faliste kurczenie się pęczków mięśniowych, a skurcze, wywoływane przez prąd stały, potrzebują do powstania jednakiej siły prądu przy zamykaniu tegoż dla katody i anody. Takie zachowanie się mięśni godzi się najzupełniej z objawami, właściwymi odczynowi zwyrodnienia małego stopnia.

Mowa chorej jeszcze utrudniona. Niedowład środkowej i dolnej gałęzi n. twarzowego utrzymuje się, odruchy w mięsniach prawej połowy twarzy, otrzymujących gałązki ruchów z n. twarzowego słabsze, okazują te same cechy, co w mięśniach kończyn.

Z tego czasu pochodzi fotografia chorej (ryc. 1), na której występuje wyraźnie porażenie n. twarzowego z wygładzeniem fałdu policzkowo-nosowego i uniesieniem w górę kąta ust po stronie zdrowej. Uwydatnia się na niej także mniejsza objętość kończyny górnej prawej.

W dalszym przebiegu choroby poprawiał się stan chorej coraz bardziej. W dniu wypuszczenia jej z oddziału, 8. lutego 1913, można było mówić o zupełnem prawie wyleczeniu w pojęciu czynnościowem. Z porażenia nerwu twarzowego prawego pozostał zaledwo spostrzegalny ślad. Chód zupełnie pewny, bez jakichkolwiek zboczeń. Odżywienie mięśni poprawiło się znakomicie. Mimoto między kończynami prawej i lewej strony stwierdzić można było różnicę objętości. Obwód ramienia wynosił po stronie prawej 24, po lewej 25 cm, przedramienia po prawej 22 cm, po lewej 23 cm. Obwód uda po prawej 47, po lewej 48 cm, goleni po prawej 33, po lewej 34 cm. Siła ręki prawej 30 kilogramometrów, lewej 40. Odruchy mięśniowe nie różniły się od od prawidłowych. Odruchy ścięgniste wogóle nieco silniejsze po stronie prawej. Wyraźnie wzmożony jest zwłaszcza prawy odruch kolanowy. Odruch stopowy, przedtem bardzo wyraźny po stronie chorej, nie daje się wywołać. Odruchu Babińskiego, ani Oppenheima niema.

(Dok. nast.).

Z Zakładu Pasteura w Paryżu. Z pracowni Dr Levaditiego.

Obecność krętków bladych w mózgu przy porażeniu postępującem w związku z etyologią i leczeniem porażenia postępującego.

Podał

Dr Julian Bańkowski,

asystent zakładu higieny U. J.

(Dokończenie.)

Otrzymane przez nas wyniki potwierdzają w zupełności stwierdzoną przez Noguchiego i Moore poraz pierwszy obecność krętków bladych w mózgu w porażeniu postępującem oraz je rozszerzają. Nieznaczny stosunkowo odsetek otrzymywanych wyników dodatnich przy badaniach Noguchiego i Marinesco i naszych dawał powód do zarzutu, że odnieść je należy do przypadków t. zw. pseudoparalysis

progressiva. Już 35% wyników dodatnich, podanych przez Noguchiego, 8% przez nas w pierwszej seryi nie usprawiedliwiał tego sceptycyzmu. Druga serya naszych doświadczeń, w której przy zastosowaniu ulepszonej techniki zdołaliśmy wykazać krętki we wszystkich badanych przypadkach, zdaje się obalać ten zarzut w zupełności. Pojęcie porażenia postępującego, jako zmiany parasyfilitycznej czy metasyfilitycznej, ustąpić powinno miejsca ujęciu tego cierpienia, jako zmian bezpośrednio wywołanych przez krętki blade i pozostających w związku z rozwojem tych krętków w korze mózgowej. Najbliższem prawdy wydaje się nam następujące ujęcie sprawy chorobowej. Najczęściej spotykamy rozsiane drobne ogniska, przeważnie usadowione w przednich partyach mózgu, obfitujące w krętki. Ogniska starsze ulegają w miarę postępu choroby samoistnemu wyjałowieniu i na ich miejscu znajdujemy daleko posunięte zmiany degeneracyjne i sklerotyczne bez krętków. W tym samym czasie powstawać mogą nowe ogniska W mózgu badanym w okresie bardzo daleko posuniętych zmian sklerotycznych możemy nie wykazać krętków. Drogą stałych nasileń zabezpieczony jest ciągły rozwój krętków i postępujący charakter sprawy chorobowej. Można przeprowadzić analogię pomiędzy typem zmian w mózgu, a typem zmian w owrzodzeniu pierwotnem z następowem zbliznowaceniem. Należy przyjąć okresowość w rozwoju krętków, analogiczną do niektórych świdrowców u pewnych gatunków zwierząt. Należy przypuścić, że jak w chorobach świdrowcowych obfite rozmnażanie się krętków wywołuje powstawanie niweczników (anticorps), pod których wpływem największa ilość krętków ginie, pozostałe zaś uodpornione osobniki rozmnażają się dalej, wywołują powstawanie nowych niweczników i podlegają temu samemu losowi. Taki pogląd wypowiedział Ehrlich[13]), przedstawiając preparaty Noguchiego. Istnieje prawdopodobnie ścisły związek pomiędzy rozmnażaniem się krętków, a udarami w porażeniu postępującem.

Sformułowany tu pogląd na istotę porażenia postępującego, wypowiedziany już w jednej ze wspomnianych naszych prac, najbardziej harmonizuje zarówno z przebiegiem klinicznym w porażeniu postępującem, jak i ze zmianami anatomicznemi i bakteryologicznemi danemi. Tłómaczy nam stały postęp choroby, częste jej zwolnienia (remisye), niezwykle długi okres czasu, jaki dzieli zazwyczaj porażenie postępujące od zakażenia kiłą. Uderza analogia, jaką się spostrzega pomiędzy usadowieniem się krętków, a oddawna opisaną siedzibą zmian anatomicznych. W 80% według Lissauera i Alzheimera zmiany anatomo-patologiczne spostrzega się w płatach przednich. Niekiedy mają one charakter ogniskowy. Co do charakteru tych zmian, to jakkolwiek nie odpowiadają one okresowi trzeciorzędnemu, są one typowe dla kiły późnej i jako takie mogą stanowić okres czwarty zmian kiłowych.

Wszystkie powyższe fakty i ujęcie ich ogólne nie rozwiązują całego zagadnienia patogenezy porażenia postępującego. Nie jest dotąd znany rozwój krętka bladego w ustroju ludzkim, nie są dość ściśle ujęte drogi przedostawania się jego do kory mózgowej. Pierwsze pytanie znaleść może odpowiedź w poznaniu cyklu rozwojowego krętka bladego. Badania w tym kierunku rozpoczęte przez głośne prace dwóch polskich uczonych (Siedlecki i Krzyształowicz) nie rozwiązały dotąd tej sprawy. Hodowle krętków (Szczerzewski Noguchi, Aoki, Nakano, Sowade), które mogłyby rzucić światło na mikrobiologię krętków, stanowią wciąż jeszcze sprawę podlegającą dyskusyi, kwestyonowaną przez takich wytrawnych na tym polu badaczy, jak Levaditi.

Co do przedostawania się do kory mózgowej krętków bladych, to przez analogię z wiądem rdzenia niewątpliwie należy zwrócić uwagę na znaczenie w tym kierunku opon mózgowych. Na podstawie badań serologicznych i etyologicznych, ostanich badań doświadczalnych, (wyniki szczepienia płynu mózgowo-rdzeniowego na królikach ogłoszone przez Uhlenhuta[14]), nie ulega wątpliwości, że krętki do płynu przedostają się we wczesnych okresach kiły, kiedy niema najmniejszych objawów schorzenia układu nerwowego. Zwłaszcza badania na zwierzętach, rozpoczęte przez Uhlenhuta, obiecują dostarczyć dużo ciekawych danych w tym kierunku. Z ogłoszonych dotąd badań tych autorów wynika, że króliki można zakazić, szczepiąc płyn mózgowo-rdzeniowy, pochodzący od chorych na kiłę i nie okazujących klinicznych objawów zajęcia układu nerwowego. Najprawdopodobniej opony mózgowe stanowią pewnego rodzaju wał ochronny dla przeniknięcia zarazków. Powstający wcześnie stan ich zapalny w zakażeniach kiłowych, jak na to wskazują cytologiczne badania, wzmaga ich przepuszczalność i sprzyja przedostaniu się zarazków do mózgu i rdzenia. Czy takie tłomaczenie w zupełności odpowiada rzeczywistości, trudno orzec. Możliwość taką powinno się uwzględnić, zwłaszcza przy leczeniu wczesnych okresów kiły; przypuszczenie to jest w zgodzie ze spostrzeganem często występowaniem wiądu rdzenia u chorych, zbyt energicznie leczonych rtęcią. Takie fakty należy odnieść być może do podrażnienia opon mózgowo-rdzeniowych przez zbyt energicznie stosowane leczenie rtęciowe.

Sprawa patogenezy porażenia postępującego nie jest wyczerpaną. Mimo to z faktu stwierdzonego i nie podlegającego wątpliwości, że kiła jest bezpośrednią przyczyną i istotą tego cierpienia, należy wysnuć konsekwencye natury praktycznej. Sprawa leczenia porażenia postępującego wchodzi na porządek dzienny z całą siłą.

Nie mamy zamiaru wyczerpać tutaj tej sprawy. Chodzi nam o najogólniejsze zoryentowanie się w nagromadzonym dotąd materyale, pochodzącym przeważnie z klinik i o podkreślenie pewnych punktów wytycznych, wypływających z prac doświadczalnych. Mamy na myśli omówienie działania środków swoistych przeciwkiłowych.

Stosowane od dawna leczenie przeciwkiłowe chorób, zwanych parasyfilitycznemi, naogół nie dało wyników dodatnich. Wprawdzie nie brak bardzo gorących zwolenników tego leczenia. Wyniki, podane przez wielu autorów, są zupełnie sprzeczne. Gdy jedni przestrzegają przed stosowaniem środków przeciwkiłowych, jako wręcz szkodliwych, inni je gorąco zalecają, jako leki swoiście działające. Ehrlich-Hata w swej książce przestrzegają przed przecenianiem wartości leczniczej salwarsanu w porażeniu postępującem, a daleko posunięte zmiany w mózgu uważają za przeciwwskazanie do stosowania salwarsanu. Na zeszłorocznym Zjeździe niemieckiego Towarzystwa psychiatrycznego, większość

---

13) Münch. med. Woch. 1913. str. 443.
14) Uhlenhut i Mulcer. Cbl. f. Bakt. Bd. 57 Nr. 14. 22.

obecnych wypowiedziała się przeciwko swoistemu działaniu środków przeciwkiłowych w porażeniu postępującem. Do tych samych wyników doszli w ostatnich pracach Jolowicz [15]), Kaplan [16]). Inni, jak Raecke, Meyer i Spielmeyer (stosując 0,3—0,4 – 0,6 salwarsanu śródżylnie) doszli do wniosku, że leczenie to napewno nie jest szkodliwe, oraz odnieśli wrażenie, że wpływa dodatnio na stan chorych. Leredde [17]), Spielhoff, Dreyfuss, występują jako gorący zwolennicy tego leczenia przy stosowaniu dawek dużych. Podczas wszystkich niemal dyskusyi ostatnich czasów, jeśli zauważono wpływ dodatni środkow przeciwkiłowych, zwłaszcza w wiądzie rdzenia, to odnoszono go do działania ich jako »roborantia«.

Te niejednolite, często zgoła sprzeczne wyniki, otrzymane przez klinicystów, znajdują pewne wytłómaczenie w badaniach doświadczalnych. Jakkolwiek wiadomości nasze, dotyczące fizyologii płynu mózgowo-rdzeniowego, nie są ostatecznie ustalone, to jednak niektóre fakty stwierdzone rzucają światło na całą tę sprawę. Faktem jest, że istnieje bardzo daleko posunięta niezależność między krwią i limfą z jednej strony, a płynem mózgowo-rdzeniowym z drugiej. Wiele soli mineralnych, związków organicznych, nie przenika do płynu mózgowo-rdzeniowego. Ciała odpornościowe oraz antytoksyczne zachowują się w podobny sposób. Badania L. Camusa wykazały, że mogą one znajdować się w wysokim stopniu w surowicy krwi, gdy w płynie mózgowo-rdzeniowym niema ich wcale. Na podstawie obszernych badań [18]) autorów francuskich nie ulega wątpliwości, że przepuszczalność opon mózgowych dla wielu substancyi, dostających się do naczyń krwionośnych, jest bardzo ograniczona (jodek potasu, salicylan sodu, rtęć, arsen itp.). Po wstrzyknięciu śródżylnem sinku rtęci Sézary nie mógł go wykazać w płynie mózgowo-rdzeniowym, posługując się najsubtelniejszemi metodami. Sicard i Bloch po wstrzyknięciu 0,5 salwarsanu znajdowali go w ilości 2—3 mgr. na 1 litr płynu. A. Kopke wykazał, że po wstrzyknięciu atoksylu w śpiączce afrykańskiej świdrowce znikały ze krwi, mogły być jednak wykazane w płynie mózgowordzeniowym. Wszystkie te fakty dowodzą, że środki lecznicze, jak rtęć lub arsen, albo wcale nie przedostają się do płynu mózgowordzeniowego, albo przenikają w tak małej ilości, że leczniczo działać nie mogą. Tembardziej odnosi się to do porażenia postępującego, w którem mamy stale zmiany w naczyniach i zgrubienie opon mózgowych. Tłomaczy to w zupełności fakt, że środki przeciwkiłowe albo wcale nie działają w porażeniu postępującym, albo wywołują li tylko polepszenie.

Dane te razem ze spostrzeżeniami nad bardzo dobrem działaniem surowic leczniczych (przeciwmeningokokowej, przeciwtężcowej) przy stosowaniu ich śródrdzeniowem nasunęły myśl stosowania leków przeciwkiłowych śródrdzeniowo. Już w 1903 r. Sicard zastosował śródrdzeniowo dwujodek rtęci u 4 chorych, również Barthélemy i Lévy Bing; Claude i Lhermitte, Oettinger et Hamel, Carrieu, Roger — rtęć kolloidalną; Ravaut — sublimat, sinek rtęci; Ravaut, Wechselman, Marinesco salwarsan [19]). Nieliczne dotychczasowe spostrzeżenia wskazują, że środki te można stosować śródrdzeniowo bezkarnie, o ile nie przekracza się zbytnio dawki. Co do neosalwarsanu, to Wechselman wstrzykiwał do 10 mgr. tego środka bez żadnych objawów, natomiast chory Ravauta znosił tylko 2—4 mgr., a dawka 10 mgr. wywoływała silne zaburzenia, utrzymujące się jeszcze po 3 miesiącach. Wielką rolę odgrywa, zdaje się, stopień koncentracyi rozczynu. Co do działania leczniczego, to Sicard na podstawie swoich prac dochodzi do wniosku, że wprowadzona śródrdzeniowo rtęć jest obecna przez czas długi w płynie mózgowo-rdzeniowym i działa przez dłuższy okres czasu.

Wymienieni wyżej autorowie francuscy stwierdzili również, że opony mózgowe są bardzo wrażliwe na wprowadzenie do rdzenia najrozmaitszych środków. Zarówno rozczyn soli, nawet izotoniczny, surowica końska (Sicard i Salin), środki obojętne, jak ziarenka tuszu, talk (Sicard i Foix), jady chemiczne, toksyny, bakterye (Ravaut i Aubourg, Roche i Mestrezat) — wywołują odczyn zapalny ze strony opon, oraz wzmagają w wysokim stopniu ich przepuszczalność. Ta okoliczność nasunęła myśl dwuczasowego stosowania środków przeciwkiłowych: 1. Przygotowanie opon przez wstrzyknięcie śródrdzeniowe 0,1 do 0,2 mgr. sinku rtęci, dla wywołania stanu podrażnienia. 2. Następnego dnia stosowanie metodą zwykłą (śródżylnie) salwarsanu lub rtęci. Tinel i Levoide [20]) zalecają w ostatnich czasach wstrzykiwanie podskórne nukleinianu sodowego (1:100) dla wywołania podrażnienia, a następnie leczenie klasyczne. Wreszcie niektórzy, jak Marinesco, Hommer F. Swift i Ellis Robertson — stosowali śródrdzeniowo surowicę, którą otrzymywali od chorych na kiłę po wstrzyknięciu salwarsanu i mieli otrzymać wyniki zachęcające.

Znaczenie lecznicze tych zabiegów nie może być ocenione dziś należycie wobec zbyt szczupłej ilości spostrzeżeń. Być może, że są to metody, które rozwiną się i dadzą wyniki pożądane. Na razie z punktu widzenia teoretycznego nasuwać się muszą pewne zastrzeżenia.

Po pierwsze fakt, że o krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego w zwykłem znaczeniu tego wyrazu nie może być mowy, nasuwa przypuszczenie, że i te metody zapewnić mogą leczniczy wpływ przeważnie miejscowo. Przemawiają za tem doświadczenia, wykonane na zwierzętach. Po wstrzyknięciu mieszaniny talku z nukleinianem sodowym spostrzegał Camus stan zapalny na przestrzeni ograniczonej. Ziarenka tuszu, wprowadzane śródrdzeniowo przez Sicarda, rozchodziły się w różnych kierunkach bardzo wolno i nie wskazywały na obecność prawidłowego krążenia.

Z drugiej strony środki te są nadzwyczajnie trujące. Camus wykazał, że niektóre środki — jak związki ołowiu, po wprowadzeniu ich śródrdzeniowo nie dają żadnych objawów natychmiastowo. Ich działanie trujące, bardzo silne, występuje dopiero po kilku dniach. Do tego samego typu zalicza Camus rtęć i salwarsan. Neosalwarsan okazywał się

---

15) Neurol. Centr. 1913. 210.
16) Deutsche m. Woch. 1913. 1035.
17) La question des affect. parasyphilit. en 1912. Komunna VII kongr. międzyn. derm. i syfil.
18) Anglada. Le liquide ceph. rachid. 1909.
Mestrezat. » » » 1912.
Sicard » » »

19) por. Sicard. Le journal medic. francais. 15. mai 1913.
Wechselman. Deut. med. Woch. Nr 31. 1913.
Ravaut. Gazette des hopitaux. Nr 15. 1913.
20) C. r. Soc. de biol. Seance 17 mai 1913.

bardzo trującym już w dawce kilku miligramów, rtęć działała jeszcze silniej[21]).

Tym sposobem — i bezpośrednie wprowadzanie środków leczniczych do rdzenia napotyka na znaczne ograniczenia; działanie ich przeważnie miejscowe, a zwłaszcza silna zjadliwość nie pozwala na stosowanie ich w dawce dostatecznej i nie zapewnia im, jak się zdaje, działania ogólniejszego[22]).

Te ograniczenia oczywiście nie oznaczają, że wymienione zabiegi są skazane z góry na bezowocność.

Nasuwa się jednak ze wszystkiego, cośmy powiedzieli, przypuszczenie, że powinowactwo środków przeciwkiłowych do tkanki nerwowej jest podobnie silne, jak i do zarazka kiłowego. Pewną analogię możnaby przeprowadzić z barwieniem preparatów zapomocą azotanu srebra, który impregnuje niemal równie silnie włókna nerwowe, jak i krętki blade. Trzeba uciekać się do sztucznych sposobów, aby tego uniknąć. To przypuszczenie, łącznie z podanem powyżej przypuszczeniem, że krętki blade przy porażeniu postępującem należą do szczepów natury odmiennej, odpornych, stanowićby mogło najwłaściwsze tłómaczenie, dlaczego środki przeciwkiłowe nie działają w tym przypadku. To przypuszczenie powinno być jednym z punktów wyjścia dla badań nad wyszukaniem odpowiedniego sposobu leczenia tych chorób.

Na razie słowa, dawno wypowiedziane przez Fourniera w zastosowaniu do kiłowych schorzeń układu nerwowego, stanowią najmocniejszą podstawę do ich leczenia. Dane zebrane przez Fourniera wskazują, że na 5.749 zmian kiłowych trzeciorzędnych 1.857 dotyczy układu nerwowego. Układ nerwowy jest tedy najczęstszem po skórze siedliskiem kiły. »Jad« kiłowy jest par excellence »jadem« nerwowym. Stąd wniosek, że każdy dotknięty kiłą jest silnie zagrożony rozwojem kiłowego schorzenia układu nerwowego. I z tego punktu widzenia powinno być przeprowadzane całe leczenie kiły. Inaczej mówiąc z a p o b i e g a n i e cierpieniom kiłowym układu nerwowego przez leczenie doszczętne kiły stanowi dotąd najmocniejszą broń w walce z późnymi przejawami kiły. Dokładne metody badania zarówno kliniczne, jak serologiczne i cytologiczne, pozwalają na śledzenie sprawy chorobowej i wczesne stosowanie zarówno swoistego leczenia, jak i ogólnych środków, które odgrywać muszą w kierunku zapobiegawczym wielką rolę.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. C a s t e l l i n o. **Fizyopatologia nadnerczy w stosunku do choroby Addisona i zbioru objawów nadnerczowych.** (Według wykładów prof. C. zebrał i podał Dr B. Marotta — La Riforma medica 1913, Nr 9, 10, 11, 12, 13).

H i s t o r y a: Odkrywcą nadnerczy był Bartolomeo Eustachio, słynny anatom XVI w., który w rozprawie o nerkach poświęca osobny rozdział »glandulis, quae renibus incumbunt«. Badania uczonych następnych wieków, jak Petrucci, Malpighi, Winslow, zajmowały się nadnerczami jedynie pod względem anatomicznym. Drugi okres historyi nadnerczy rozpoczęły badania Brown-Séquarda, które w przeciwieństwie do poprzednich zaczęły uwzględniać także i stronę czynnościową. B. S. stwierdził, że zwierzęta, którym usunięto nadnercza, giną w ciagu 1 - 2 dni, wśród postępującego osłabienia, wzmożenia, a później upośledzenia czynności oddechowej i serca, braku łaknienia, czasem spadku ciepłoty, wreszcie drgawek i zapadu; ponieważ zaś zauważył we krwi zwierząt wielką ilość barwika, tłómaczył te objawy zatorami barwikowymi naczyń mózgu. Samym zaś nadnerczom przypisywał czynność przeszkadzającą nagromadzeniu się zbytniej ilości barwika we krwi. Te badania własności fizyologicznych nadnerczy, którym dał początek B. S., doprowadziły wreszcie w 1901 r. do wykrycia przez Takaminę czynnego pierwiastka nadnerczy, mianowicie adrenaliny.

A n a t o m i a: Stosunek nadnerczy do nerek jest tylko topograficzny, nie łączy ich zaś żaden związek czynnościowy, ani anatomiczny; nie zbyt rzadko spotyka się dodatkowe nadnercza w nerkach, w więzadle szerokiem, jajnikach, w jajnikach dodatkowych, jądrach, najądrzach, wzdłuż przewodu nasiennego, w zwojach półksiężycowatych, w zwoju trzewnym (plexus solaris) i innych miejscach. W początkach życia pozamacicznego wielkość nadnerczy dorównuje wielkości nerek, u dorosłych zaś stosunek ten nerek do nadnerczy jest jak 10:1; u murzynów mają być nadnercza większe, niż u ludzi rasy białej. O ważności nadnerczy świadczy bardzo silne unaczynienie, krew doprowadzają bowiem 3 rodzaje tętnic; układ żylny stanowi w pierwszym rzędzie jedna wielka żyła, biegnąca przez całą szerokość gruczołu, posiadająca bardzo silnie rozwinięte komórki mięsne, co ma wskazywać na jej zadanie, między innemi, wprowadzania czynnego pierwiastka nadnerczy do ogólnego krążenia. Układ limfatyczny gruczołów nie przedstawia odrębnych znamion. Badanie mikroskopowe wykazuje 3 różne warstwy: otoczkę łączno-tkankową, która wysyła promieniste wypustki do wnętrza narządu, istotę korową, barwy żółto-popielatej, składającą się z komórek nabłonkowych, wielobocznych, ułożonych w 3 warstwy, a mianowicie kłębkową, pasmowatą i siatkowatą; przejście istoty korowej we warstwę rdzenną jest dość wyraźne, barwa warstwy rdzennej jest czerwono-brunatna, lub ciemna: w zwłokach bywa istota rdzenna rozmiękła, papkowata, co było powodem, że dawni anatomowie przyjmowali jamę we wnętrzu nadnerczy. Komórki warstwy rdzennej są bardzo drobne, luźnie połączone, układają się w rodzaj kłębków lub cewek, które są otoczone naczyniami włosowatemi i rozgałęzieniami nerwowemi; we wnętrzu ich znajdują się bardzo drobne ziarenka, mające własność barwienia się żółto, lub żółto-brunatno kwasem chromowym i jego solami, dzięki czemu otrzymały nazwę komórek chromochłonnych (cellule cromaffini, tessuto cromaffine). Przestrzenie naczyniowe istoty rdzennej wysłane są warstwą przypłaszczonych komórek, w ich świetle zaś znajdują się czasem wspomniane już ziarenka t. zw. ziarnistość Pfaundlera; według niektórych mają być one upostaciowanym pierwiastkiem czynności wydzielniczej warstwy rdzennej. Unerwienie gruczołów jest bardzo obfite; otrzymują one gałązki od splotu trzewnego (plexus coeliacus) i wysyłają odgałęzienia do zwoju nerwowego. W ten sposób spotykamy wszelkie możliwe połączenia między nerwem trzewnym, zwojem nerkowym, splotem trzewnym, a za jego pośrednictwem i nerwem błędnym i przeponowym. Najwybitniej jest unerwiona warstwa rdzenna; możnaby ją sobie przedstawić, jako wielkie nagromadzenie komórek układu współczulnego, które z biegiem ontogenezy uległy zmianom przez pojawienie się w ich protoplazmie ziarenek chromochłonnych. Nadto obfituje ona, przy-

---

[21]) Mieliśmy sposobność badania płynu mózgowo-rdzeniowego po wstrzyknięciu śródrdzeniowem neosalwarsanu. Siła trypanobójcza tego płynu była bardzo mała: świdrowce, poddane działaniu płynu, zdołały zakazić myszy.

[22]) W doświadczeniach autora jest wyłączony wpływ działania niedostatecznie starannie wyjałowionej wody, na karb czego odnoszą często autorowie toksyczność salwarsanu (Wechselman).

najmniej u człowieka, w liczne właściwe komórki układu współczulnego. W ciągu rozmaitych okresów rozwoju jednostki przechodzą nadnercza różne zmiany anatomiczne, odnoszące się do stosunku obu warstw do siebie i układu komórek; w przeciwieństwie do innych narządów, które z biegiem czasu ulegają zanikowi, nadnercza przybierają na wadze i objętości w okresie starczym; przerost ten może dotyczyć w różnym stopniu wszystkich warstw, najczęściej jednak występuje ogniskowo, skąd wynikają guzowatości w istocie korowej. Równocześnie przerasta silnie tkanka łączna; warstwa rdzenna okazuje również przerost, jednak jej komórki nerwowe zwykle zanikają i przedstawiają wybitną chromatolizę.

Fizyologia: Ponieważ teorya Brown-Séquarda, że śmierć zwierząt, którym usunięto nadnercza, polega na zatorach barwikowych mózgu, nie mogła się utrzymać, przypuszczano, że działanie nadnerczy polega na niszczeniu pewnych trujących wytworów naszego ustroju. Według jednych miał to być jad, powstający wskutek zmęczenia (veleno della fatica), według innych neuryna. Wielkim krokiem naprzód było stwierdzenie przez Olivera i Schäfera, że wyciąg z nadnerczy podnosi parcie tętnicze; czynny pierwiastek tego wyciągu otrzymał nazwę adrenaliny, a liczne prace, zwłaszcza włoskich autorów, wykazały, że zdolność wytwarzania adrenaliny należy wyłącznie do warstwy rdzennej. Dalsze badania udowodniły ścisły związek między układem współczulnym a nadnerczami, przedewszystkiem zaś istotą rdzenną; tak n. p. Penole, przecinając nerw trzewny, wywołał powolny zanik warstwy rdzennej nadnercza tej samej strony; Pellegrino natomiast, usuwając po jednej stronie nadnercze, a po drugiej przecinając nerw trzewny, uzyskał obraz kliniczny, jaki występuje po obustronnem usunięciu nadnerczy. Związek ten wynikał także z danych klinicznych, gdyż w przebiegu niektórych postaci choroby Addisona zauważono równocześnie zmiany w układzie współczulnym. Jakkolwiek warstwa korowa nie ma żadnego, lub prawie żadnego wpływu na ciśnienie tętnicze, to nie jest ona jednak zupełnie bezczynna; tak n. p. Penole wypowiada, wprawdzie z wielką ostrożnością, twierdzenie, że czynność komórek rdzennych tylko wtedy może przyjść do skutku, jeżeli przynajmniej pewna liczba komórek warstwy korowej jest utrzymana. Skutek w takim razie będzie ten sam, czy niedomoga komórek rdzennych będzie pierwotna, czy też będzie sprawą następową. wywołaną przez pierwotne zmiany w komórkach korowych. Natomiast jeden objaw zależy prawdopodobnie wyłącznie od niedomogi istoty korowej, a mianowicie charłactwo. Doświadczenia Penolego wykryły jeszcze i inny związek między układem współczulnym i nadnerczami, a mianowicie obecność w nerwie trzewnym i splocie trzewnym (plexus solaris) włókien nerwowych, będących dla tych gruczołów nerwami naczynio-ruchowymi i wydzielniczymi odnośnie do komórek warstwy rdzennej. Oprócz tych rodzajów nerwów spotykamy w nadnerczach jeszcze włókna ruchowe, mające zaopatrywać liczne gładkie komórki mięsne, tworzące rodzaj narządu ruchowego, który prawdopodobnie wtedy zaczyna działać, gdy wskutek gwałtownych jakichś przyczyn, n. p. silnych wahań w ciśnieniu tętniczem, jest konieczne dostanie się do obiegu większych ilości adrenaliny.

Stosunek nadnerczy do gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem Według dzisiejszego stanu nauki można twierdzić, że z gruczołów o wydziealniu wewnętrznem najwięcej zbliżona do nadnerczy jest przysadka; zapomocą bowiem wyciągu z niej wywołano podniesienie ciśnienia, rozszerzenie źrenicy, cukromocz i uszkodzenia ścian naczyniowych; nadto według niektórych adrenalina ma działać na serce za pośrednictwem przysadki. Z licznych doświadczeń wynika, że wytwory wydzielania wewnętrznego tarczycy i nadnerczy podniecają wzajemnie swą czynność, oba zaś razem wzięte są przeciwnikami wydzieliny wewnętrznej trzustki. Wynika to, między innemi, z punktu, że rozszerzenie źrenicy oka (żabiego, świeżo wyjętego), wywołane przez adrenalinę, zwiększa się pod wpływem wyciągu z trzustki; nadto tak częsty cukromocz przy chorobie Basedowa tem się tłómaczy, że do zwiększonego wydzielania wewnętrznego tarczycy dołącza się wzmożona czynność nadnerczy przy równoczesnem zmniejszeniu wydzielania wewnętrznego trzustki. Castellino zauważył zmniejszenie się czynności wysepek Langerhansa u zwierząt pozbawionych nadnerczy, jak z drugiej strony wzmożenie się czynności istoty korowej i rdzennej u zwierząt, którym usunięto trzustkę. Gruczoły przytarczyczne nie zmieniają się po usunięciu nadnerczy; z niektórych tylko doświadczeń wynika, że wydzielina gruczołów przytarczycznych obniża ciśnienie, gdy się ono zwiększa pod wpływem adrenaliny Blizki związek między nadnerczami a gruczołami płciowymi tłomaczy się tem, że gruczoły te powstają tuż obok siebie z takiego samego nabłonka; spotykamy też często wady rozwojowe równocześnie tak w jednych, jak i w drugich, dodatkowe nadnercza występują często w sąsiedztwie zewnętrznych części płciowych, u ciężarnych świnek morskich usunięcie jednego z nadnerczy wywołuje stale poronienie, ą nadto liczne inne doświadczenia przemawiają za tem, że do prawidłowego przebiegu ciąży i porodu konieczna jest obecność czynnych nadnerczy. Ten blizki stosunek, wynikający jeszcze z całego szeregu innych danych, odnosi się przedewszystkiem do warstwy korowej; podobnie bowiem, jak w jajnikach i nasieniu, tak samo i w wydzielinie warstwy korowej jednym z głównych składników jest lecytyna. Grasica ulega stale przerostowi u młodych zwierząt pozbawionych nadnerczy i czasem w chorobie Addisona; według Harta, wydzielina grasicy, obniżająca ciśnienie tętnicze, działa w warunkach prawidłowych jako przeciwnik adrenaliny.

Adrenalina przedstawia się jako biały proszek, rozpuszczalny w wodzie ze słabo zasadowym odczynem; z kwasami tworzy sole i posiada znaczną zdolność odtleniającą, która służy do licznych prób dla wykazania adrenaliny. Oznaczenia ilościowe wykazały, że w warunkach prawidłowych znajduje się w nadnerczach zwłok koło 15 r. życia mniej więcej 0·0005 gr adrenaliny; z wiekiem ilość jej wzrasta powoli i dochodzi około 90 r. życia do 0·002 gr. W przebiegu przewlekłego śródmiąższowego i mieszanego zapalenia nerek wyciąg z nadnerczy zawiera znaczną ilość, bo około 0·002 gr, a niekiedy nawet 6 mgr adrenaliny; natomiast przy ostrem i śródmiąższowem zapaleniu nerek nie spotykamy zazwyczaj zwiększenia się ilości adrenaliny. Również i przy miażdżycy tętnic, nawet z przerostem serca, ilość adrenaliny niezawsze wzrasta. Cevidalli i Leontini starali się zastosować dla użytku medycyny sądowej fakt, że w przypadkach śmierci gwałtownej wyciąg z nadnerczy daje silny odczyn adrenaliny, w przeciwieństwie do przypadków śmierci powolnej; sposób ten jednak nie jest jeszcze bezwzględnie pewny. Z własności fizyologicznych adrenaliny znamy: 1) wywoływanie silnego niedokrwienia spojówki oka, błony śluzowej macicy, dziąseł i w zakresie lekkich ran chirurgicznych; 2) wstrzykiwana przez dłuższy czas wywołuje adrenalina w naczyniach zmiany o cechach miażdżycowych; 3) adrenalina może wywoływać cukromocz, zwłaszcza u królików. Jej działanie podnoszące parcie tętnicze zależy nietylko od zwężenia tętnic obwodowych, lecz także od bezpośredniego wpływu na mięsień serca. Wpływ adrenaliny jest najwybitniejszy przy stosowaniu śródżylnem, mniej wybitny przy podskórnem, a najmniej przy użyciu wewnętrznem Carnot i Josserand wykazali, że adrenalina, wstrzyknięta do tętnicy np. kończyn, działa znacznie słabiej, aniżeli taka sama dawka, wprowadzona do odpowiedniej żyły; przyczyną tego są zmiany, jakim adrenalina ulega w obrębie mięśni prążkowanych; prawdopodobnie wytwory zmęczenia, powstające w mięśniach, niszczą, lub zmieniają adrenalinę.

Adrenalinemia, adrenalinurya i adrenalina w przebiegu ciąży: Stwierdzenie przez Cybulskiego adrenaliny w żyłach nadnerczowych, przez Rosenbacha

zaś rozchodzenia się jej po ustroju przedewszystkiem drogami limfatycznemi i krwionośnemi, a nadto wywołanie doświadczalnego adrenalinomoczu, pozwala nam z całą pewnością przyjąć obecność adrenaliny we krwi; zależnie od jej ilości mówimy o hyperadrenalinemii i hypoadrenalinemii. Nadmiar adrenaliny we krwi stwierdzono w przewlekłem śródmiąższowem i mieszanem zapaleniu nerek i przy miażdżycy tętnic, zauważyć jednak należy, że zwiększenie ciśnienia niezawsze idzie w parze ze stopniem hyperadrenalinemii. Z doświadczeń Belliboniego nad ilością adrenaliny w moczu przy rozmaitych stanach chorobowych wynika, że adrenalina ma za zadanie utrzymać w równowadze ciśnienie tętnicze, doświadczenia te wykazały bowiem, że ciśnienie tętnicze nie idzie w parze z wydalaniem się adrenaliny przez mocz. Badania o kierunku zachowania się nadnerczy podczas ciąży, odnoszą się dotychczas przeważnie do świnek morskich; stwierdzono u nich mianowicie wzmożenie czynności wszystkich warstw gruczołu. Ta wzmożona czynność nadnerczy podczas ciąży ma, według niektórych, tak wielkie znaczenie, że brak jej może stanowi podłoże dla rozwoju zmięknienia kości. W połogu mają nadnercza wracać do stanu prawidłowego. Badania Pancrazia nad obecnością adrenaliny w moczu ciężarnych (23), wykazały bardzo wybitny odczyn adrenalinowy, zwłaszcza od 6. miesiąca ciąży; odczyn ten jest jednak wyraźny już w 4, a niekiedy i 3. miesiącu; po porodzie natomiast słabnie, a niekiedy nawet znika na parę dni.

Choroba Addisona. Addison, który chorobę, nazwaną jego imieniem, pierwszy wyosobnił jako jednostkę kliniczną, przyjmował za główny jej objaw brunatne zabarwienie skóry, dzisiaj natomiast za najważniejszą jej cechę uważamy ogólne i postępujące osłabienie, będące wyrazem zmian czynnościowych nadnerczy, ściślej zaś mówiąc, ich warstwy rdzennej. Tego wyniszczenia nie brak nigdy przy chorobie A. i ono jest prawie jedyną przyczyną, wiodącą do zejścia śmiertelnego. Rzadkie to cierpienie pojawia się najczęściej między 15—40 r. ż., zwłaszcza u mężczyzn, i zdarza się przeważnie w warstwach ubogich. W dzieciństwie występuje choroba A. nadzwyczaj rzadko; dziedziczności nie wykazano. Za przyczynę podawano uraz w okolicę nerek, stany depresyjne; choroba A. może się rozwinąć także następowo wskutek gruźlicy, lub zmian nowotworowych gdziebądź usadowionych, a nadto wskutek wyniszczenia, zwłaszcza przy skrobiawicy. Właściwą patogenezę tego cierpienia starano się wytłómaczyć 2 teoryami: jedną, przyjmującą pierwotne zmiany w zakresie układu współczulnego, zwłaszcza splotu trzewnego (teoria simpatica), a następowe zmiany w nadnerczach;— drugą, przyjmującą pierwotne zmiany w układzie chromochłonnym warstwy rdzennej nadnerczy, a następowe w układzie współczulnym brzusznym (teoria ghiandolare). Jednak zmiany anatomiczne są tutaj tak różnorodne, że żadna z powyższych teoryi nie wystarcza do ich wytłómaczenia. Dlatego też dzisiaj najwięcej znaczenia ma nowa teorya, opierająca się do pewnego stopnia na obu poprzednich; wychodzi ona z założenia, że nadnercza, to skomplikowany narząd, składający się z trzech czynników: warstwy korowej, warstwy rdzennej i niektórych części (zwłaszcza brzusznych) układu współczulnego; uwzględnia ona następnie fakt, że komórki korowe wytwarzają lecytynę, mającą wybitny wpływ na przemianę materyi, zwłaszcza ośrodków nerwowych, komórki zaś warstwy rdzennej adrenalinę, która, między innemi, ma za zadanie pobudzać układ współczulny, lub przynajmniej niektóre z jego czynności. Ponieważ tedy układ nerwowy współczulny, zwłaszcza nerwy trzewne i splot trzewny, regulują czynność nadnerczy, rzecz prosta, że zmiany chorobowe w zakresie tych nerwów mogą stać się powodem choroby A., wywołując zaburzenia w czynności wydzielniczej nadnerczy. Zaburzenia te, zrazu czynnościowe, mogą, wywołując zmiany odżywcze, stać się anatomicznemi. W ten sposób możemy sobie zupełnie dobrze wytłómaczyć przypadki choroby A., gdzie zachodzą zmiany anatomiczne, tak w nadnerczach, jak i w układzie współczulnym, nadto przypadki bez zmian anatomicznych, lub też tylko ze zmianami w nadnerczach, lub tylko w układzie współczulnym. Przypadki, gdzie autopsya wykazuje zmiany anatomiczne czy to w nadnerczach, czy w układzie współczulnym, a za życia nie było objawów choroby A., tłómaczymy sobie zachowaniem jeszcze pewnej, dostatecznej ilości włókien nerwowych, dochodzących do nadnerczy, względnie zachowaniem się pewnych, jeszcze czynnych cząsteczek nadnerczy, lub też istnieniem nadnerczy dodatkowych. W przeważającej ilości przypadków choroby A. stwierdzamy gruźlicę nadnerczy; fakt zaś, że mimo tak wielkiego rozpowszechnienia gruźlicy, choroba A. jest stosunkowo tak rzadka, tłómaczymy obecnością pewnych czynników usposabiających, w pierwszym rzędzie wad rozwojowych całego ustroju i poszczególnych narządów, w tym przypadku nadnerczy. Oczywiście, że w patogenezie choroby A. odgrywają rolę i nadnercza dodatkowe, wskutek czego możemy spotkać się z chorobą A. bez zmian we właściwych nadnerczach i naodwrót ze zmianami we właściwych nadnerczach bez choroby A. Zmiany anatomiczne nadnerczy są tutaj tak rozmaite, że o jednostce chorobowej możemy mówić tylko pod względem objawowym; oprócz bowiem gruźlicy, która najczęściej występuje równocześnie z takiemiż zmianami płuc, i to przeważnie u podstawy, spotykano nadnerczaki, raka, mięsaka, krwotoki w obrębie nadnerczy, zanik gruczołów, a nadto zmiany w sąsiedztwie zwojów układu współczulnego n. p. uciskowe, następnie zaciągnięcia bliznowate i przewlekłe zmiany zapalne. Najczęściej zajęte są oba nadnercza. Zwiększenie ilości barwika dotyczy przedewszystkiem skóry i pewnych odcinków błony śluzowej. Badania histologiczne skóry osobników dotkniętych chorobą A. wykazały zwiększenie ilości komórek barwikowych skórnych, jakie się w zwykłych warunkach spotyka w skórze worka mosznowego, lub obwódek brodawek mlecznych; wskutek tego zmian barwikowych przy tem cierpieniu nie należy uważać za jakieś zboczenie, lecz tylko za silniejsze uwydatnienie, niż w stanie prawidłowym. Ponieważ zaś wiemy, że barwik skórny odgrywa ważną rolę, choć jeszcze bliżej nieznaną, wypadałoby uważać ten nadmiar barwika raczej za odczyn obronny ustroju, niż za zmianę chorobową w ścisłem tego słowa znaczeniu. W każdym razie nie jest jeszcze ściśle określony związek między zmianami w nadnerczach, a melanodermią; nie brak było w tym względzie i bardzo odważnego twierdzenia Pansiniego, który w silniejszem zabarwieniu skóry przy chorobie A. upatrywał wyraz wzmożonego wydzielania wewnętrznego nabłonków warstwy Malpighiego, jako równoważnika dla upośledzonej czynności nadnerczy.—Przyczyną owego postępującego osłabienia o którem już wspomniano, jest brak, względnie upośledzone wydzielanie przez warstwę rdzenną tego czynnika, który wytwarza napięcie naczyniowe i pośrednio mięśniowe. W braku tego napięcia mięśnie nie mogą ani czerpać pożywienia z otoczenia, ani też wydalać wytworów przemiany materyi, z czego wynika ich zatrucie, objawiające się jako osłabienie. Wyrazem tego osłabienia jest także słabo wyczuwalne uderzenie koniuszkowe serca, słabe tony, lecz bez szmerów, czasem przyspieszenie czynności serca wraz z kołataniem, zawrotem głowy i dzwonieniem w uszach. Tętno jest bardzo miękkie, drobne, zwykle szybkie, ciśnienie tętnicze wynosi 60—80 mm Hg.; ciekawe jest, że mimo tak wybitnych objawów niedomogi sercowo-naczyniowej, brak obrzęków zastoinowych. W ścisłym związku z osłabieniem przy chorobie A. jest zachowanie się przemiany węglowodanów, przedewszystkiem cukru. Spotykamy tutaj mianowicie zmniejszenie się ilości cukru we krwi, z powodu odpadnięcia czynności nadnerczy, regulującej ilość cukru we krwi. Dla lepszej oceny i zrozumienia tego stosunku węglowodanów są konieczne bliższe wiadomości o cukromoczu adrenalinowym (glicosuria adrenalinica, surrenale). Cukromocz ten występuje stale przy zastosowaniu adrenaliny śródżylnem, podskórnem i śródotrzewnem,

brak go zaś, lub jest niestały przy wewnętrznem użyciu adrenaliny; równocześnie występuje zawsze nadmiar cukru we krwi, krzywe jednak ilości cukru w moczu i we krwi nie są równoległe. Co się tyczy mechanizmu cukromoczu adrenalinowego, to polega on prawdopodobnie na tem, że adrenalina wywołuje żywszą przemianę glikogenu na cukier gronowy, sporną zaś jest rzeczą, czy chodzi tutaj o bezpośrednie działanie na komórkę wątrobną, czy też pośrednie przez hamujący wpływ na trzustkę. Nowe światło na tę sprawę rzuciły badania Zuelzera, odnoszące się do działania przeciwniczego adrenaliny i wytworu wydzielania wewnętrznego trzustki. Adrenalina bowiem uruchomia niejako cukier z jego miejsc zapasowych, jak wątroba, mięśnie i wszystkie tkanki, gdzie cukier znajduje się jako glikogen; wewnętrzna zaś wydzielina trzustki przeciwdziała właśnie przemianie glikogenu w cukier. Jeśli tedy po usunięciu trzustki powstaje cukromocz, to przyczyna leży w tem, że adrenalina nie spotyka już przeciwnego działania trzustki; w ten sposób cukrzyca trzustkowa byłaby cukrzycą trzustkową ujemną (diabete pancreatico negativo), a dodatnią cukrzycą nadnerczową (diabete surrenalico positivo). Doświadczenia A. Mayera wykazały, że nakłucie czwartej komory u zwierząt, którym usunięto nadnercza, nie wywołuje cukromoczu; wynikałoby z tego, że nakłucie czwartej komory znosi wydzielanie wewnętrzne trzustki, przez co adrenalina może uruchomiać cukier, lub też, że wywołuje nadmierne wydzielanie przez nadnercza, tak, że ich wydzielina miałaby przewagę nad wydzieliną wewnętrzną trzustki. Według Zuelzera cukromocz adrenalinowy nie jest objawem zatrucia, lecz daje się wytłómaczyć jedną z fizyologicznych czynności adrenaliny; ma ona bowiem, według niego, w prawidłowych warunkach wywoływać przemianę glikogenu w cukier gronowy.

Objawy niedomogi nadnerczowej lub niecałkowite postacie choroby Addisona (Le sindromi iposurrenaliche o surrenopatie spurie). Podobnie, jak przy wszelkich obrazach klinicznych, taksamo i w przebiegu cierpień, wynikających z niedomogi wydzielniczej nadnerczy, rozróżniamy oprócz form całkowitych (choroba A.), także i obrazy niecałkowite; albowiem od klasycznej postaci, która wynika z całkowitego zniszczenia istoty rdzennej nadnerczy, aż do pierwszych czynnościowych zboczeń jest cała skala przejść. Ze względu zaś na ścisły związek nadnerczy z układem współczulnym, te niecałkowite postacie rozpadają się na 2 grupy, z których pierwsza obejmuje objawy przyrody odruchowej, będące wyrazem zaburzeń czynnościowych w nadnerczach, w drugiej zaś spotykamy objawy, wynikające ze zmian anatomicznych. Otóż wszelkie zmiany nadnerczy, bez względu na sposób powstania, wywołujące nie klasyczny obraz choroby Addisona, dają powód do powstania wrzekomych postaci choroby A., które jednak mają skłonność do przekształcania się w postać klasyczną. Jak w postaci klasycznej, tak i tutaj objawy występują powoli; naprzód zjawia się spadek ciśnienia, potem osłabienie (asthenia), a nakoniec zmiany w skórze. Niedomoga wydzielnicza układu nadnerczowo-współczulnego może stwarzać nietylko sam fakt chorobowy, ale może być także podłożem dla usposobienia konstytucyonalnego w tym kierunku, który to stan oznaczamy nazwą »hyposurrenalizmu« (ipossurenalismo). Ten »hyposurrenalizm« może się przejawiać w najrozmaitszych postaciach i kombinacyach: infantylizm, typ jądrowo-tarczycowy (tipo testicolo-tiroides) i hyposurrenalizm; hyposurrenalizm z chorobą Raynauda i hypertyroidyzmem; spadek ciśnienia tętniczego i wagotonia z myastenią typu Erb-Goldflam; hyposurrenalizm ze sinicą części końcowych (acrocianosi) i całkowitym zbiorem objawów wagotonii; hyposurrenalizm i choroba Recklinghausena i i. Objawy hyposurrenalizmu mogą przybrać niekiedy charakter gwałtowny, i to nietylko jako zaostrzenie w przebiegu przewlekłego hyposurrenalizmu, ale nawet przy poprzednio zupełnie prawidłowych nadnerczach, n. p. wskutek krwotoku w ich obrębie; mamy wtedy ostrą niedomogę nadnerczową. Ostry hyposurrenalizm może przebiegać niekiedy pod postacią wrzekomego zapalenia otrzewnej, stanu durowatego lub zaburzeń żołądkowych w połączeniu z gorączką; opisano na tem tle przypadki nagłej śmierci, poprzedzonej czasem drgawkami padaczkowatemi. W przypadkach krwotoków w obrębie nadnerczy objawy przybierają charakter piorunujący i mogą być podobne do tych, jakie spotykamy przy ostrem krwotocznem zapaleniu trzustki. W tych gwałtownych przypadkach hyposurrenalizmu mówi Włoch o »dramma surrenale«, dla analogii z »dramma pancreatico« wyrażenia, wprowadzonego przez Dieulafoya.

Przewlekły hyposurrenalizm konstytucyonalny (iposurrenalismo cronico costituzionale). Oprócz wspomnianych wyżej ostrych postaci niedomogi nadnerczowej, spotykamy upośledzenie wydzielnicze nadnerczy, jako stan konstytucyonalny w całem tego słowa znaczeniu. Już Ferranini zebrał cały szereg objawów, cechujących się obniżeniem ciśnienia tętniczego, a zwiększeniem ciśnienia żylnego, którego przyczyną jest niedostateczne napięcie tętnic średniej i małej wielkości. To niedostateczne napięcie polega nie na jakimś przejściowym spadku ciśnienia, a mogącym mieć najrozmaitsze przyczyny, lecz jest wynikiem całego szeregu zboczeń, znajdujących się równocześnie we wszystkich narządach. Z punktu widzenia antropometryi klinicznej te typy konstytucyonalne hypotonii naczyniowej (tipi costituzionali dell'angioipotonia) zaliczają się według doktryny morfologicznej De Giovanniego do pierwszej kombinacyi (przewaga wymiarów podłużnych nad poprzecznymi, barwa skóry żółtawo-brązowa, skrzywienia kręgosłupa z powodu niedostatecznego napięcia odpowiednich mięśni i więzadeł, zazwyczaj wychudzenie, zaparcie stolca; w zakresie narządu krążenia spotykamy znacznie ruchome serce, przy większych wysiłkach ulega ono rozszerzeniu bez jakiejkolwiek wady organicznej; częste jest nawykowe przyspieszenie ruchów serca, tętno zmienne co do siły i częstości i to nietylko przy zmianie położenia, ale w spoczynku, wyraźne objawy hypotonii tętniczej). Ferranini uważa za czynnik przyczynowy tych stanów konstytucyonalną niedomogę tkanki chromochłonnej układu współczulnego, zwłaszcza zaś zawartej w nadnerczach; niedomoga ta ma polegać na zatruciu danego osobnika, względnie jego przodków. Zapatrywania swe opiera F. między innemi i na fakcie, że stany angiohypotoniczne doznają poprawy pod wpływem opoterapii nadnerczowej. Z niedomogą wydzielniczą nadnerczy (hyposurrenalizmem) jako stanem konstytucyonalnym spotykamy się jeszcze i gdzieindziej; tak n. p., ponieważ dzisiaj coraz częściej zaczynamy odnosić zboczenia konstytucyonalne do zmian pierwotnych w zakresie układu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, przyjmujemy hyposurrenalizm za podłoże dla skazy wysiękowej, na podstawie całego szeregu danych.

W związku z hyposurrenalizmem pozostają jeszcze dwie jednostki chorobowe, mianowicie choroba Dercuma i choroba Recklinghausena. Pierwsza cechuje się przedewszystkiem wybitnem osłabieniem (asthenia), a nadto bólami i przerostem tkanki tłuszczowej, równocześnie spotykamy tutaj obniżenie ciśnienia tętniczego; znane są przypadki, gdzie opoterapia nadnerczowa dała dobre wyniki. Chorobę Recklinghausena (neurofibromatosis diffusa) podciągnął już w r. 1910 Revilliod pod patologię nadnerczy; u chorych tych spotykamy wytwarzanie się włókniaków w skórze i wzdłuż przebiegu nerwów, a nadto szereg plam barwikowych na skórze, rozmaitej wielkości i kształtu. Nierzadko występują także wady rozwojowe i zwyrodnienie umysłowe; bardzo ważną rolę w symptomatologii tego cierpienia odgrywają zaburzenia ze strony układu współczulnego i znaczne osłabienie, dochodzące czasem stopni tak wysokich, jak przy chorobie Addisona. Revilliod przypuszcza, że powstawanie włókniaków dotyczy tutaj także i gałązek nerwu współczulnego, zaopatrujących nadnercza, wskutek czego powstaje obraz chorobowy, tak bardzo zbliżony do choroby Addisona. Na uwagę zasługuje fakt, że opoterapia,

która nie daje żadnych wyników w klasycznej postaci choroby A., jest nadzwyczaj skuteczna przy wszystkich niecałkowitych i wrzekomych postaciach hyposurrenalizmu.

Niedomoga nadnerczowa w stosunku do gruźlicy, niedomogi nerwowej i dychawicy oskrzelowej. Jako zmianę anatomiczną w nadnerczach, towarzyszącą gruźlicy, zwłaszcza zaś gruźlicy płuc, spotykamy najczęściej wzmożony rozwój tkanki łącznej w obu warstwach. Co się tyczy t. zw. »addisonizmu« (Boinet) t. zn. zbioru objawów, spotykanych u gruźliczych, a polegających na osłabieniu, spadku ciśnienia i zmianach barwikowych skóry z wyłączeniem błon śluzowych, to za przyczynę należy przyjąć oprócz zaniku miąższu z powodu rozwoju tkanki łącznej (sclerosi atrofica) także zmiany w splocie trzewnym; sam zaś spadek ciśnienia może wystąpić niezależnie od zmian w nadnerczach, jako wynik z jednej strony niedomogi hormonów podnoszących ciśnienie (tkanka chromochłonna, przysadka), a wzmożonej czynności hormonów obniżających ciśnienie (ciałka żółte, hormony limfatyczne — ormoni linfatici), z drugiej zaś strony jako wynik działania samego jadu gruźliczego. W każdym razie należy przyjąć, że jakkolwiek gruźlicy i niedomogi nadnerczowej (hyposurrenalizmu) nie możemy uważać za dwie sprawy bezwzględnie równoległe, to jednak w większości przypadków możemy w przebiegu gruźlicy wykazać objawy hyposurrenalizmu. Ze względu, że przy niedomodze nerwowej na pierwszy plan występuje osłabienie, chcieli niektórzy autorzy przyjąć za jej przyczynę hyposurrenalizm. Jednakże przeczy temu fakt, że ostatecznie neurastenia jest pochodzenia ośrodkowego z powodu mylnego oceniania wrażeń zewnętrznych; zaprzeczyć się jednak nie da, że z hyposurrenalizmem spotykać się możemy w przypadkach ciężkiej, niejako wrodzonej niedomogi nerwowej (debolezza originaria del sistema nervoso). O hyposurrenalizmie, jako czynniku przyczynowym, myślano w tych przypadkach dychawicy oskrzelowej, gdzie napady zostają wywoływane przez ostry obrzęk błony śluzowej oskrzeli, z następowym obfitym przesiękiem surowiczym do ich światła Obrzęk ten ma być wyrazem zmian poraźnych naczyń błony śluzowej oskrzeli, zaopatrywanych przez nerw współczulny. Z tych względów można myśleć, że przyczyną dychawicy oskrzelowej są zaburzenia w układzie nadnerczowym i dlatego też byłaby tu wskazana opoterapia.

Stany hypersurrenaliczne i ich stosunek do artrytyzmu i miażdżycy tętnic. Stan przeciwny hyposurrenalizmowi, a więc cechujący się zwiększoną ilością adrenaliny w nadnerczach i obiegu, oznaczamy nazwą »hypersurrenalizmu«; rozmaitego rodzaju doświadczenia stwierdzają w różnych okolicznościach istnienie takiego stanu. Tak n. p. Battelli i Roatta wykazali u psów, będących w spoczynku po wielkim wysiłku fizycznym, zwiększoną ilość adrenaliny w nadnerczach; Schur i Wiesel znaleźli w przebiegu zmian nerkowych objawy przerostowe w warstwie rdzennej nadnerczy i w ciałkach chromochłonnych pozanadnerczowych (corpi cromaffini extracapsulari). Nadto wszelkie wprowadzenie do ustroju adrenaliny wywołuje, jakkolwiek przejściowo, hyperadrenalinemię; stosowanie adrenaliny przez dłuższy czas czy to podskórnie, czy śródotrzewnie, czy śródżylnie, nie wywołuje dłużej utrzymującego się hyperadrenalizmu, natomiast, zależnie od dawek, wywołano tą drogą u zwierząt uszkodzenia ścian naczyniowych, cukromocz i postępujące wychudnięcie.

Podkładem biologicznym artrytyzmu ma być według Castellina trzecia kombinacya morfologiczna De Giovanniego (terza combinazione del De Giovanni), lub typ megalo-splanchniczny Violi (tipo megalo-splancnico del Viola). Ponieważ zaś kombinacye morfologiczne są w znacznej części zależne od rozwoju gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, dlatego też patogenezy artrytyzmu należy szukać w zboczeniach układu współczulnego i układu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (sistema endocrino-simpatico). Dzisiaj siłą faktu musimy rozróżniać oba układy (konstytucye) przeciwne, i to bez względu na punkt widzenia; rozróżniamy mianowicie dwie odrębne grupy rodu ludzkiego: konstytucyę gruźliczą (costituzione tubercolare, micro-splancnici, prima combinazione morfologica) i konstytucyę artrytyczną (costituzione artritica, megalo-splancnici, terza combinazione morfologica). Artrytyk, u którego na pierwszy plan wybija się układ współczulny, jest typem hypersurrenalicznym. Spotykamy tutaj przeciwieństwo tego, co przy gruźlicy: mamy więc hypertonię, przy gruźlicy zaś hypotonię, u artrytyków występują na pierwszy plan sympatykotonie, u gruźliczych wagotonie; nadto, gdy typy gruźlicze ulegają łatwiej zakażeniom, to typy artrytyczne są skłonne do zatruć. I znowu te dwie skłonności odbijają się niejako w obrazie anatomicznym nadnerczy; w przeważnej bowiem liczbie spraw zakaźnych stwierdzono w nadnerczach zmiany anatomiczne, jak ogniska wybroczynowe, zwyrodnienia, nacieki zapalne i t. p., a więc zmiany, które wywołują hyposurrenalizm; z drugiej strony natomiast są znane doświadczenia, gdzie pod wpływem różnych trucizn (arszenik, fosfor, rtęć, nikotyna, alkohol, ołów) wywołano w nadnerczach obraz anatomiczny, wskazujący na podniesienie czynności elementów komórkowych, co znowu sprowadza hypersurrenalizm. Jeżeli teraz zważymy, że przy artrytyzmie spotykamy cały szereg źródeł zatrucia (n. p. alkohol, nikotyna), nic dziwnego, że występują tutaj objawy hypersurrenalizmu. Mamy jeszcze i inną różnicę między konstytucyą gruźliczą i artrytyczną, wynikającą z odmiennego zachowania się układu wątrobowo-trzustkowego (sistema epatopancreatico). I tak u gruźliczych wątroba zatrzymuje się niejako w rozwoju i spotykamy tutaj wszelkie objawy anatomiczne i czynnościowe jej niedomogi w postaci barwy lekko-żółtaczkowej, cukromoczu pokarmowego i in. U artrytyków natomiast wątroba jest znacznie powiększona, trzustka zaś tak tu, jak i u gruźliczych, jest zwykle mała i nierzadko spotykamy objawy jej niedomogi czynnościowej w zakresie wydzielania wewnętrznego. — Ponieważ zwiększenie ciśnienia tętniczego, które jest jednym z głównych objawów miażdżycy, stale spotykamy przy artrytyzmie, nic więc dziwnego, że już oddawna uważano artrytyzm za stan usposabiający do miażdżycy; że zaś z drugiej strony ciśnienie tętnicze jest ściśle związane z czynnością nadnerczy, należy między artrytyzmem, hypersurrenalizmem i miażdżycą upatrywać dużo związków.

Dr Tadeusz Tempka.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XII naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego z dn. 14 (27) grudnia 1912 r.

Obecnych członków 57, gości 35. Przewodniczy wiceprezes Dr Szymon Dzierzgowski. Prof. J. Ziemacki wita przybyłego z Warszawy gościa, matematyka p. Samuela Diksztejna i zaprasza go do stołu prezydyalnego.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Prof. Akad. duch. Ks. Dr St. Trzeciak: **Trąd w Palestynie za czasów Chrystusa i obecnie**, (z punktu widzenia archeologiczno-lekarskiego). Mówca na wstępie zaznaczył, że praca jego jest osnuta prócz danych piśmienniczych również i na dwuletnich osobistych badaniach nad trędowatymi w Palestynie i w leprosoryum w powiecie Jamburskim. Mowca przytoczył wiele spostrzeżeń charakteru praktycznego, dużo danych piśmienniczych, zastanawiał się szczegółowiej nad pasorzytem trądu. Co do zaraźliwości trądu zaznaczył, że istnieją, jak wiadomo, dwa obozy: jedni uważają trąd za zaraźliwy, (według niektórych tylko przy

pewnych warunkach), zaś inni twierdzą, że nie jest on zaraźliwy. Sam mówca jest zdania, że choroba ta jest zaraźliwa. W dalszym ciągu prelegent mówił o leprosoryach i o środkach leczniczych. Wykładowi towarzyszyły liczne pokazy: rysunki, fotografie, preparaty drobnowidowe i obrazy niknące.

Przewodniczący wobec spóźnionej pory odkłada dyskusyę do następnego posiedzenia, a prelegentowi w imieniu Zgromadzenia składa serdeczne podziękowanie za tak ciekawy odczyt.

Odczyty Drów M. Romanowicza i T. Zboromirskiego również odłożono do następnego posiedzenia Wydziału.

W części administracyjnej posiedzenia przewodniczący podaje do wiadomości, iż »Związek« otrzymał zaproszenie na XIII Zjazd rosyjskich przyrodników i lekarzy w Tyflisie 16—20 czerwca st. st. 1913 r. Przyjęto do wiadomości.

XXIII naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 19 (31) stycznia 1913

Obecnych członków 38, gości 12.

Wobec choroby przewodniczącego Wydziału lekarskiego Dra Sz. Dzierzgowskiego zaproszono jednogłośnie prof. Czeczotta na przewodniczącego.

Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż nieobecny tu prof. Merczyng prosił go o odczytanie otrzymanego z Krakowa listu, zawiadamiającego o śmierci głośnego fizyka polskiego prof. Augusta Wiktora Witkowskiego; po przeczytaniu listu mówca dodaje, iż prof. Merczyng obiecał na najbliższem posiedzeniu dać odpowiednią i szczegółową charakterystykę działalności zmarłego i wzywa obecnych, by uczcili pamięć jego przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

Dyskusya w sprawie odczytu prof. ks. Trzeciaka: **O trądzie.** a) Dr Zboromirski robi kilka uwag w sprawie natury pasorzyta trądu, jego hodowli (Kiedrowskij) i szczepionek, a również i zaraźliwości trądu wogóle, następnie omawia sprawę leprosoryów w Palestynie.

b) Doc. Dr. Sowiński porusza zasadniczą sprawę, czy wogóle należy sankcyonować związki małżeńskie wśród trędowatych? Mówca rozpatruje sprawę z dwu punktów widzenia. Po pierwsze, jeżeli trąd jest chorobą dziedziczną, to w takim razie przez połączenie się trędowatych tem więcej wzmaga się choroba drogą dziedziczności i szerzy się. Po drugie, jak to już zaznaczył prelegent i jak to jest powszechnie wiadome, pogorszenia w tej chorobie następują dość często szybkiem tempem, odpadają palce, nogi, ręce i t. d., co naturalnie wywołuje wstręt w drugim osobniku; zachodzi więc pytanie, czy z punktu kanonicznego sankcyonowanie takich małżeństw krótkotrwałych jest uzasadnione i nie przeczy dogmatom wiary. W dalszym ciągu drogą statystycznych zestawień, po części wziętych z odczytu prelegenta, mówca obala zdanie, ażeby trąd był tak bardzo zaraźliwy i przenosił się z człowieka na człowieka bez odpowiednich swoistych warunków. W rzeczy samej powiat Jamburski, to ognisko trądu, znajdujące się tuż pod samym Petersburgiem, jednak nie wywiera żadnego wpływu na szerzenie się trądu w stolicy, albowiem w Petersburgu naliczono 30 przypadków, zaś w Paryżu 200, pomimo iż tam takiego siedliska, jak pod Petersburgiem, niema. W Paryżu w szpitalu św. Ludwika widział mówca 5 chorych trędowatych (rozmaite formy), którzy leżeli w salach ogólnych. Takich przykładów możnaby przytoczyć wiele, wobec czego mówca przypuszcza, że wygórowane pojęcia co do zaraźliwości trądu nie mają podstawy i że widocznie są niezbędne jakieś sprzyjające warnnki, czy to miejscowość, czy coś innego, które ułatwiają przenoszenie się zarazka na zdrowych.

c) Doc. Noiszewski wskazuje na zasadę, jaką się kościół rządzi w sprawach tego rodzaju, a mianowicie »in dubiis libertas«.

d) Prelegent daje odpowiednie wyjaśnienia.

e) Prof. Zaleski nie zgadza się z propozycyą kol. Noiszewskiego; podnosi znaczenie zasadniczej sprawy, poruszonej przez doc. Sowińskiego i dodaje, że i sam prelegent w swej odpowiedzi pozostawił tę sprawę nierozstrzygniętą. W dalszym ciągu mówca wskazuje, że trąd jest jedną z chorób, która z biegiem czasu wyjałowiła się w niektórych miejscowościach zupełnie i nadal wyjaławia się, zaś co do zaraźliwości wypowiada zdanie, że może atawizm jest czynnikiem sprzyjającym zakażeniu. Prócz tego w dyskusyi przytoczono dużo ciekawych przykładów, tak np. profesor dorpacki Wahl, aby udowodnić, że trąd jest niezaraźliwy, przyjął do siebie na służbę trędowatego, jako lokaja; chory ten przesłużył u niego 11 lat, jednak nikogo nie zaraził. Prof. Połotjebnow był również tego zdania, że trąd nie jest zaraźliwy, albowiem stosował w swej klinice wspólne wanny, bez jakiegokolwiekbądź poprzedniego odkażania; poruszono zwiększoną namiętność płciową u trędowatych, wielkie uczucie zazdrości, wyrażające się w tem, że mąż kaleczy zdrową żonę i odwrotnie i wciera jej wydzielinę z ran, aby w ten sposób zarazić ją i zatrzymać przy sobie i t. d.

Przewodniczący prof. Czeczott w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za wyczerpujący i ciekawy odczyt.

II. Doc. Dr Noiszewski: **O badaniu ostrości wzroku.** Jeżeli obecnie badaniem sprawności wzrokowej zajmują się prawie wyłącznie lekarze, to inaczej było dawniej. Badaniem sprawności wzrokowej o wiele więcej od lekarzy zajmowali się astronomowie, optycy i ludzie uprawiający rzemiosło wojenne.

Pierwszą próbą wzroku była gwiazda alkor, jedna z gwiazd Wielkiej Niedźwiedzicy, którą tylko osobnik z wzrokiem prawidłowym może widzieć gołem okiem.

Astronom Hooke [1]), starając się ściśle oznaczyć granicę ostrości wzroku [2]), znalazł, że dwie gwiazdy, pomiędzy któremi odległość jest mniejsza od 20 sekund, nie są już rozpoznawane jako dwie, ale jako jedna gwiazda. Od czasu też Hooka odległość jednominutową uważa się jako najmniejszą odległość pomiędzy dwoma punktami, którą okiem prawidłowem spostrzedz można.

Optycy i fabrykanci okularów także zajmowali się badaniem ostrości wzroku.

Okulary kupowano przeważnie do czytania, więc oczywiście sprzedający okulary musiał mieć druki różnej wielkości, na których kupujący próbowali dobroci szkieł i swego wzroku. Takim badaczem ostrości wzroku był Hiszpan Duça de Valde, Toknis, był i Becker, który radził sprowadzającym od niego okulary przysyłać mu miarę swego wzroku w ten sposób: druk trzyma się badanemu w odległości wyraźnego widzenia i oznacza się wielkość podawanego druku. W ten sam sposób postępował i Chevalier, radził on jednak używać do badania wzroku zawsze druku Encyklopedyi francuskiej.

Jednakże pierwszą ściślejszą tablicę optometryczną do badania wzroku ułożył lekarz Küchler. Tablica Küchlera zawierała 12 rzędów liter różnej wielkości, najmniejsze litery miały półtora-milimetrową wysokość, największe 21·5 mm. Küchler ułożył swoją tablicę dla »wymierzania ostrości wzroku zapomocą druków różnej wielkości i dla oznaczania polepszenia i pogorszenia wzroku w przebiegu chorób ocznych«. A jednak tablica Küchlera nie miała powodzenia i tablic do badania ostrości wzroku zaczęto używać dopiero od czasu wydania tablic Jaegera w r. 1854.

Tablice, ułożon eprzez Jaegera były dwojakiego rodzaju, na jednej z nich było 20 rzędów druku różnej wielkości i w różnych językach, na drugich były czarne pionowe kreski.

---

1) Hooke. Elem. poltz. physiol. opt. 2 antl. str. 256.

2) Obecnie w mianownictwie polskiem najczęściej używa się miana »bystrości wzroku«. Tymczasem bystrość wzroku oznacza raczej wielkość czasu pomiędzy dwoma następującemi po sobie ustaleniami wzroku na przedmiocie. Możeby też właściwsze byłyby miana »ostrota«, i »bystrota«, analogiczne do »ciepłoty«

Naukową podstawę otrzymały tablice optometryczne dopiero w r. 1862, gdy Donders wprowadził do układu tablic do badania ostrości wzroku zasadę, wypracowaną przez astronomów: jednominutowy kąt widzenia jako miara prawidłowej ostrości wzroku. Wysokość dla liter przyjął Donders 5-minutową. Wkrótce też według zasady Dondersa ułożone zostały tablice przez Ezra Dyer w Filadelfii w Ameryce, przez Giraud Teulon we Francyi i przez Suelbura w Holandyi. W ten sposób litery w tablicach, używanych do badania ostrości wzroku, mają wysokość i szerokość 5 minut, grubość zaś kresek, składających literę, jest jednominutowa i wszędzie jednakowa.

Wkrótce się jednak pokazało, że różne litery nie są z równą łatwością rozpoznawane, n. p. O łatwiejszem jest do rozpoznania od M lub Y; pochodzi to stąd, że trudniejsze lub łatwiejsze poznanie litery zależne jest nietylko od grubości kresek, z których ułożona jest litera, ale także od prawidłowego stosunku pomiędzy czarnemi i białemi miejscami liter; białe miejsca w literach muszą też być tej samej grubości, jak czarne. Dlatego to Green podzielił litery alfabetu na trzy gromady: na gromadę liter prostokątnych E H F T U L; na gromadę liter ostrokątnych, V W M N Y Z i na gromadę liter zbliżonych do kółka C G D i radził układać tablice z liter prostokątnych i zbliżonych w swych zarysach do litery O, zupełnie zaś nie używać liter o zarysach ostrokątnych.

W dążeniu do jednakowej poznawalności liter najdalej posunął się Landolt; przyjął on jako znak optometryczny jedną tylko literę O, albo lepiej kółko z przerwą w zarysie. Grubość zarysu kółka jest jednomilimetrowa i takiejże grubości jest przerwa w kółku. Przerwa w kółku musi być w górze, w dole, z prawej lub lewej strony i badany powinien wskazać, gdzie znajduje się w kółku przerwa.

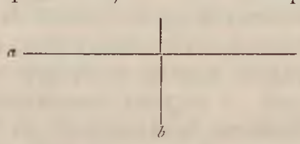
Wreszcie X międzynarodowy Zjazd okulistyczny w Lucernie wybrał komisyę dla wybrania jednej ogólnej tablicy do badania ostrości wzroku. Komisya ta poruczyła sprawę Hessowi, który wybrał kółka Landolta o wysokości 7·5 mm, i grubości zarysu 1·5 mm.; w kółkach tych badany z odległości 5 m. osobnik powinien był wskazać, gdzie się znajduje przerwa. Jednak ponieważ większość oftalmologów nie chciała się zadowolnić samemi kółkami, a wymagała jeszcze i liter lub cyfr, więc Hess do tablicy Landolta dodał jeszcze tablicę z cyframi. Przedłożenie komisyi zostało przyjęte i zatwierdzone na XI Zjeździe oftalmologów w Neapolu. W przedłożeniu tem poraz pierwszy wprowadzono miarę linijną w milimetrach zamiast mierzenia wielkością kątową i poraz pierwszy zaznaczono, że nie należy wymierzać ostrości wzroku samemi tylko literami, lub samemi tylko punktami. Nie nadano jednak różnicy między jednym a drugim rodzajem zasadniczego znaczenia

Wogóle wszystkie tak zwane próby ostrości wzroku podzielić należy na dwie kategorye: 1) do pierwszej należy poznawanie liter i wogóle znaków różnego pozoru, 2) do drugiej należy liczenie kresek, kółek, czworoboków i wogóle znaków jednakowego pozoru. Jedni lekarze wolą badanie znakami różnego pozoru, drudzy znakami jednakowego pozoru, nie wątpiono jednak o równej wartości obu sposobów. A jednak są przypadki, gdzie osoba posiadająca ostrość wzroku dla liter najzupełniej prawidłową, posiadała zaledwie $^1/_{60}$ część normalnego wzroku dla liczenia znaków jednakowego pozoru. Z 314 osób, zbadanych przezemnie, u 125 znalazłem ostrość wzroku dla liter większą od ostrości wzroku dla liczenia znaków jednakowego pozoru. u 175 osób ostrość wzroku dla liter była równa ostrości wzroku dla znaków jednakowego pozoru i tylko u 13 ostrość wzroku dla liczenia znaków jednakowego pozoru była większą od ostrości wzroku dla poznania znaków różnego pozoru.

Oprócz astronomów, optyków i lekarzy, badaniem ostrości wzroku zajmowali się wojskowi. Jeżeli astronomowie wymierzali ostrość wzroku najmniejszą widzialną odległością pomiędzy dwiema gwiazdami, optycy wielkością czytanego druku, to znawcy wojskowi dla wymierzania ostrości wzroku obmyślili specyalne sposoby i przyrządy. Przyrząd, używany w artyleryi do oznaczania ostrości wzroku, nazywa się przyrządem kontrolującym. Jestto słupek z otworem spojrzeniowym przesuwalnym w kierunku poziomym i pionowym przy pomocy dwu mikrometrycznych zakrętek. Słupek ustawia się na dziale i badany, patrząc przez otwór spojrzeniowy na spojrzeniowy znaczek na końcu działa, nastawia otwór spojrzeniowy i znaczek na cel. Nastawia się dwa razy w kierunku poziomym i dwa razy w kierunku pionowym, a różnice otrzymane między nastawieniem pierwszem a następnem wskażą ostrość widzenia u badanego. Inaczej odbywa się badanie ostrości wzroku w piechocie; zachodzi bowiem duża różnica pomiędzy nastawieniem na cel działa, a nastawieniem strzelby trzymanej w rękach.

Ze wszystkich widzianych przezemnie przyrządów najodpowiedniejszym wydaje mi się przyrząd z celem ruchomym w postaci krążka na nieruchomej białej tarczy, posuwanego przez dwie nici, przeciągnięte aż do celującego i znajdujące się jedna w prawej, a druga w jego lewej dłoni. Celujący patrzy przez otwór spojrzeniowy, pociągając to lewą, to prawą nić dopóty, aż ów krążek, a raczej środek jego znajdzie się na jednej linii z otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znaczkiem. Wtedy osoba, stojąca przy tarczy, naciska na krążek, a wystające nieco z tyłu ostrze gwoździa, przechodzącego przez sam środek krążka, pozostawia w tem miejscu na tarczy znak od ukłucia. Następnie osoba stojąca przy tarczy odciąga krążek, a celujący nastawia nanowo jego środek na jedną linię z otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znaczkiem. Nastawianie krążka powtarza się trzy razy, a punkty ukłuć połączone liniami dają trójkąt, którego wielkość jest miarą ostrości wzroku badanego osobnika.

W badaniu ostrości wzroku naprowadzaniem krążka na jedną linię otworu spojrzeniowego znaczka i ruchomego celu w postaci krążka wprowadziłem następujące zmiany: Tarczę, po której celujący posuwa krążek, pokrywa się papierem poliniowanym na kwadratowe milimetry, jakiego używają architekci do kreślenia planów. Gdy celujący nastawi środek krążka na jedną linię z otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znaczkiem, osoba stojąca przy tarczy naciska na krążek i to się powtarza dwa razy i dwa punkty otrzymane od dwóch ukłuć wskażą ściślej ostrość wzroku u celującego, niż trójkąt, utworzony przez trzy nakłucia. Dwie linie, przeprowadzone przez dwa punkty, jedna poziomo, a druga pionowo, aż do ich przecięcia, oznaczą



w milimetrach wielkość odchylenia linii spojrzeniowej. Sposobem tym można ściśle oznaczyć nietylko ile, ale i w którą stronę odchyla celujący linię spojrzeniową w górę, dół, stronowo i średnicowo, należy tylko zawsze oznaczać odchylenie od miejsca pierwszego ukłucia.

Dlaczego jednak osoba, mająca prawidłową sprawność poznawania znaków różnego pozoru, może jednocześnie mieć niższą od prawidłowej sprawności, albo nie mieć nawet wcale sprawności liczenia znaków jednakowego pozoru? Oczywiście dlatego, że są to czynności odmienne. (Streszczenie własne).

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący odczyt.

III. Dr E. Zboromirski: **Odczyn Bordet-Gengou przy wiewiórze i jego powikłaniach.** Mówca na wstępie opisał cały przebieg odczynu Bordet-Gengou i przytoczył metodykę. Na zasadzie 100 zbadanych przypadków dochodzi prelegent do wniosku, że odczyn Bordet-Gengou jest swoisty dla rozpoznawania przewlekłych i niejasnych przypadków wiewióra.

Dyskusya: a) Dr Zdanowicz podnosi znaczenie odczynu, szczególnie np. przy gośćcach gonokokowych. Do-

daje jednak, że dopiero zestawienie odczynu z badaniami klinicznemi pozwoli wypowiedzieć ostateczne zdanie co do znaczenia tego odczynu. b) Doc. Noiszewski robi kilka uwag co do szczepionek w razie przerzucenia się wiewióra na oczy. c) Doc. Sowiński: Jeżeli poddać przedstawione 100 badań ścisłej analizie, to zaledwie 19 przypadków może posłużyć do robienia jakichś wniosków. Wobec tak nieznacznej liczby spostrzeżeń należałoby na razie ostrożniej robić wnioski i poprzednio dokładnie skontrolować ten odczyn na takich przypadkach, któreby mogły być poparte i przez dodatnie wyniki badań drobnowidowych, bo n. p. w jednym przypadku odczyn ten u małego dziecka dał wynik dodatni, a objawów wiewióra żadnych nie było. d) Prelegent uznaje słuszność uwag.

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za wygłoszony odczyt.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Z powodu »Pamiętników Dra Józefa Franka«.

W pamiętnikach Franka (których obszerne streszczenie i omówienie, pióra Prof. Dra Talko-Hryncewicza, ukończył »Przegląd« drukować w numerze poprzednim) występuje osobistość autora wcale znamiennie. Dla czytelników, obeznanych z epoką, środowiskiem i ludźmi, wśród których Frank żył i pracował, są też jego pamiętniki pożądanym przyczynkiem do krytycznego ocenienia tej niepospolitej i zajmującej indywidualności, oraz do oświetlenia stosunków, panujących wówczas na Litwie i w Uniwersytecie wileńskim. Natomiast czytelnicy, mniej mający sposobności zapoznać się z historyą naszej kultury, z dziejami wszechnicy wileńskiej, z mężami, którzy w niej działali, mogliby z pamiętników Franka wytworzyć sobie obraz nieco jednostronny i o osobie autora i o tych, z którymi on się stykał w czasie pobytu w Polsce, i o ówczesnych sprawach, gdyż przy wszystkich zaletach swego umysłu i serca nie był Frank wolny od powszechnej ludzkiej przywary, — sądzenia ludzi i rzeczy pod kątem własnego widzenia, zabarwiania swej opinii własnemi sympatyami lub antypatyami, a przedewszystkiem — niekrytycznego sądu o sobie samym.

To też nie od rzeczy będzie przytoczyć tu kilka ustępów z charakterystyki Franka i jego pamiętników, skreślonej piórem wytrawnego znawcy epoki wileńskiej, znanego zaszczytnie historyka, Dr Ludwika Janowskiego, docenta Uniwersytetu Jagiellońskiego, wnet po ukazaniu się pamiętników Franka z druku, w lipcu b. r. (odcinek »Czasu« Nr 335 i 336).

Zaznaczywszy, że Frank był jednym z najzasłużeńszych profesorów wileńskich i że opinie jego o nas i o naszym kraju są tem cenniejsze, iż pochodzą od światłego cudzoziemca, nie mającego uprzedzeń do Polski, a grzeszącego czasem tylko brakiem głębszego wnikania w psychikę narodową, tłómaczy Dr Janowski, że zrazu ujemne — w wielu przypadkach słuszne — sądy Franka o kraju i społeczeństwie pochodziły z przekonania o konieczności zmian.

»Frank nie poprzestał — pisze Dr Janowski — na wytykaniu słabych stron, lecz swoją energię i zasoby wiedzy skierował do jednej mety: aby się stać pożytecznym i nietylko w murach uniwersytetu. Z czasem ocenił on duże zalety narodu: jego dążenia do oświaty, szlachetność, hojność, brak fanatyzmu i ciasnoty — i temu daje wyraz w swych ciekawych memorabiliach«.

»Ogólnie biorąc, są one i wielce interesujące i niezmiernie cenne, chociaż i Frank nie jest wolny od epidemicznej wady pamiętnikarzy: dowolnego, a często bezpodstawnego wybierania rzeczy do opisu. Opowiada o przeróżnej wagi sprawach: zacząwszy od zdarzeń światodziejowego znaczenia aż do anegdot; trzeba przyznać, że nie znajdziemy tu rzeczy całkowicie niepotrzebnych, bo nawet z drobiazgów, które podaje, można coś wyciągnąć dla obrazu czasów. Zarzut polega na tem, że o jednem autor pisze wyczerpująco, a o drugiem tylko wzmiankuje. O rozmowach na audyencyach ukoronowanych głów, ministrów i dygnitarzy mamy całe strony; owszem to ciekawe, ale przecie o innych sprawach, absolutnie biorąc, daleko ważniejszych, znajdziemy tylko dwa słowa. I to nie dlatego, iż Frank nie mógłby, czy nie potrafił rozpisać się szczegółowiej; dzieje się to z tego powodu, że był on wysoce próżnym. Raz jeno podaje wyborny opis burzliwego posiedzenia Rady uniwersyteckiej, kiedy obierano profesorem Szymonowicza, później nigdy do tego nie wraca, a wszak na tej Radzie były nieraz roztrząsane sprawy ogromnej wagi. I tu także, niestety, występuje próżność Franka, bo na sesyi o Szymonowiczu jego rola byla decydującą. W innych razach i ta cecha nie objaśnia nam powściągliwości pamiętnikarza. Nie znalazł miejsca, aby choć wspomnieć o swych kolegach: Niemczewskim, Lelewelu, Borowskim i t. p.«.

»Pomimo niezachowywania proporcyi i nieopatrznego nadawania dominującego znaczenia rzeczom błyskotliwym, przynoszą te pamiętniki ważne wiadomości o Wilnie, jego życiu towarzyskiem, rozwoju instytucyi naukowych i dobroczynnych, szczegóły o prowincyi, Petersburgu, Wiedniu, a nadewszystko cenne relacye o uniwersytecie wileńskim«.

»Frank zżył się z Litwą i wiele dla niej zdziałał, atoli to wcale nie znaczy, aby pobyt jego w naszym kraju upływał bez starć z różnymi ludźmi i wzajemnych niechęci. To jest strona dość niebezpieczna jego pamiętników: należy bowiem przy ich czytaniu ciągle mieć na uwadze, że opinie tego skądinąd zacnego profesora o osobistościach podyktowane są życiem bieżącem; odzwierciedlają one nie istotną

wartość ludzi, ale przeważnie nastrój momentu; dają przytem wyraz nie beznamiętnej prawdzie, tylko głosowi jednostki, czy to urażonej, czy mającej porachunki osobiste, więc oceniającej ludzi i sprawy umyślnie lub nawpół bezwiednie pod pewnym kątem widzenia. Nietylko, przy dokładnej znajomości tamtych czasów, fałszywość części sądów Franka nie podlega zaprzeczeniu; wczytując się nadto w jego własne relacye, natrafiamy na sprzeczności. Jana Śniadeckiego nasz pamiętnikarz nie lubił i wspomina o nim ujemnie; tymczasem z samych opowiadań Franka wypływa, że ten rektor, — tak czerniony przez niego, — skoro chodziło o dobro oświaty, odrzucał precz osobiste względy: choć w stosunkach administracyjnych ścierał się ostro z Frankiem, cenił go jako siłę naukową i przeto wszystko robił, aby go w Wilnie zatrzymać. Sądy Franka o Jędrzeju Śniadeckim brzmią niejednolicie, często jednak odzywa się nuta niechęci; aliści i tu występuje wielka uczynność tego uczonego, co gdzieindziej sam pamiętnikarz podnosi, gdy mówi o ochoczem zastępowaniu go w klinice przez Śniadeckiego«.

»Jeżeli przejdziemy do osobistości mniej głośnych, jeszcze częściej spotykamy pochopność Franka do kategorycznych sądów, których nie mitygowała ani rozwaga, ani wszechstronniejsze zastanowienie się. O Prof. Józefie Mickiewiczu odzywa się np. prawie szyderczo, przedstawiając go jako »mamuta« w uniwersytecie. Zapewne Mickiewicz nie był pierwszorzędnym uczonym, ale swego czasu, w Wilnie, od 1775 r., Mickiewicz był wydatnym i pożytecznym nauczycielem fizyki i miał zawsze chętnych słuchaczy, wśród których zdołał wzbudzić gorliwość w studyach. Takich nieprzemyślanych charakterystyk mnogo u naszego autora, którego uderzała jakaś śmieszność, jakiś szczegół rażący i z tego niekiedy wysnuwał opinię. Nie znaczy to, aby we wszystkich ostrych zdaniach jego nie było racyi; owszem smutną prawdę pisze o nieuctwie profesorów Reszki i Bogusławskiego; pewna cząstka prawdy jest i w zarzutach Śniadeckim, Malewskiemu, Jundziłłowi i in.; ale ryczałtowe jego sądy nie mogą być miarodajne. Jedną należy oddać sprawiedliwość Frankowi: lubo Niemiec nie przystał do partyi cudzoziemskiej w uniwersytecie i dla jej menerów, Lobenweina i Bojanusa, nie szczędzi cięgów, wykazując nietylko ich wady, ale przestępstwa względem wszechnicy«.

»Nieporozumienia Franka, jeśli nie z całem społeczeństwem na Litwie, to ze znaczną jego większością, jaskrawo się uwydatniają w sprawach politycznych. Do końca ten znakomity profesor nie mógł się zoryentować w sytuacyi. Lojalnie usposobiony do wszelkiej władzy, nie znając ani Polski, ani Rosyi, przybył do uniwersytetu polskiego, ale na tak wyjątkowych warunkach finansowych że musiały one uzyskać specyalną aprobatę cesarską. Ta okoliczność odrazu nadała fałszywy kierunek jego myślom. Wbiwszy sobie do głowy, że ten zakład w Wilnie powstał tylko dzięki szczodrobliwości i łasce Aleksandra I, nie potrafił się tego pozbyć, choć było to dość łatwo, gdyby Frank zechciał poświęcić nieco czasu na dokładne rozważenie tych »łask«. Nic dziwnego, że w Aleksandrze widział jakąś wielkość, ale dziwniejsze, iż rzeczywistość, z której umiał sobie dobrze zdawać sprawę, zadawała kłam tym przekonaniom, a Frank mimo to nie modyfikował swych poglądów. W naturze jego leżało pięcie się do wysokich sfer: giętki dworak, wymowny, posuwa się niekiedy do schlebiania. Pyszną ilustracyą stosunku Franka do dworu jest opis pobytu w Petersburgu: unosi się tam nad wszystkiem, a może wbrew woli daje najgorsze świadectwo tym, którym tak nieumiarkowanie schlebia. Wychwala poświęcenie się carowej-matki dla swych instytucyi dobroczynnych, a podany mimochodem szczegół, że w jednym zakładzie uczennice marły z głodu, zdmuchuje ten kartowy domek zachwytów Franka; niezmiernie też jest ciekawem, że, gdy się odważył wskazać protektorce na taki objaw zagładzania, przyjęte to zostało jak najniechętniej. Słowem, wszystko było robione na pokaz, dla rozgłosu«.

»Frank ciągle nie może zrozumieć, dlaczego Polacy byli niezadowoleni z rządu. W sprawach tego rodzaju wypisuje często rzeczy dziwaczne. Trzymał się zdania, że trzeba koniecznie się starać o jak największy spokój w społeczeństwie, nie popychać go do żadnych hazardów i rozwijać kulturę i oświatę. Jako pogląd cudzoziemca, pracującego dla Litwy, zasługuje on na wysokie uznanie. Lecz nie o to chodzi. Frank nawoływał do zgodnego współżycia z elementem panującym, a nie chciał pojąć, że o zgodzie nie może być mowy, skoro druga strona wymaga poddania, a nawet wyrzeczenia się«.

»Co jest niesłychanie charakterystyczne, że Frank właściwie tylko teoretycznie tak myślał, bo gdy poruszył rzeczywistość, jego przekonania, jako człowieka sprawiedliwego i rozumnego, mało się czem różniły od przekonań jego kolegów Polaków, których niekiedy z przekąsem nazywa patryotami. Tymczasem oni tak samo byli dalecy od wszelkich dążności do radykalnych przełomów, obawiając się jeszcze gorszych następstw i lojalnie odnosząc się do rządu, starali się posuwać naród po drodze cywilizacyi. Ale czy mogli to robić? Otóż sam Frank daje niezliczone przykłady, jak bardzo to było trudno, a w końcu stało się niemożliwem«.

»Frank był człowiekiem bardzo cierpliwym i ostrożnym, ale nie tchórzem. Rozsypuje cenne spostrzeżenia o bezprawiach i nadużyciach, ustawicznem gwałceniu ustaw i nadanych przywilejów. Czy mogła być mowa o spokojnej pracy kulturalnej, gdy jenerał-gubernatorowie ówcześni, o poziomie umysłowym wachmistrzów, paraliżują ją na każdym kroku; przecie Frank uważa za coś nadzwyczajnego, że jeden z nich, Kutuzow, nie robił szykan uniwersytetowi. Dość przeczytać, na co sobie pozwalał taki Rimskij-Korsakow. Nikczemność jego wyczerpuje do reszty nawet mocną cierpliwość Franka. Idźmy dalej: o czynach ministra oświaty Razumowskiego, który w swej zaciekłości bezmiar zła narobił uniwersytetowi wileńskiemu; następnie czytamy o łapownictwie, ogólnej korupcyi, nieszanowaniu tajemnicy korespondencyi i tysiące innych. Dochodzi do tego, że Frank zaczyna się bać Nowego Roku, nauczony doświadczeniem, że przynosi on nowe »ukazy« o nowych ograniczeniach i ścieśnieniach«.

»Dlaczegóż więc Frank dziwi się powszechnemu niezadowoleniu Polaków, skoro sam był w wysokim stopniu niezadowolony? W niepojętem dla nas zaślepieniu szuka przyczyn niechęci do Rosyi to w charakterze narodowym, to w sympatyi dla Napoleona. Frank był to obserwator bystry i człowiek o dużym rozsądku, ale przy pisaniu pamiętników mąciła mu jasny pogląd nienawiść jego do Napoleona i to sprawiło, że jego opinie ogólne stoją w sprzeczności z narracyą faktyczną«.

»Duszy polskiej Frank nie poznał. Wyuczył się po polsku i mówił dość biegle, sam oświadcza, że Litwę mocno polubił, atoli lubił ją zewnętrznie: zżył się z Wilnem, znał doskonale jego ulice, domy, okolicę, widoki, bratał się z Polakami, kochał się w Litwinkach, bywał w świecie, tańczył na balach, zbadał zwyczaje i obyczaje — to niewątpliwie; ale duszy narodu nie zgłębił i nie rozumiał. Bo, lubo wielce inteligentny, daru przenikania głębin ducha nie posiadał. Tem się tłómaczą jego zdania o 1812 r., choć pod względem faktycznym jego relacye o tym pamiętnym roku mają dużą wartość. Z obserwacyi Franka zgoła się wyśliznęła doba nowych prądów w Wilnie: nietylko tego nie skonstatował, ale nawet nie wyczuł tego s t a w a n i a s i ę na jego oczach nowego świata duchowego. Wysoce to znamienne, że z jednakową płytkością odzywa się i o »promienistych« i o »szubrawcach«.

»Kiedy zawisły nad uniwersytetem czarne, groźne chmury, Frank z Wilna odjechał. Nie można się temu dziwić, bo dokładnie poznawszy warunki, trafnie wymiarkował, że niepodobna wróżyć tej szkole nic dobrego. Szkoda, że nie wiemy, jak się odniósł ten uczony do faktu zniesienia uniwersytetu, jak to sobie tłómaczył. Cokolwiekbądź bowiem Frank był do niego przywiązany, służył mu gorliwie

i wsławił go znacznie. W jego wspomnieniach sporo znajdziemy szczegółów o jego działalności profesorskiej: trochę tam jest chełpliwości, ale w danym razie ma ona swoją podstawę, ponieważ historya tego zakładu naukowego potwierdza wielką owocność jego pracy nauczycielskiej«.

»Garnęła się młódź do tego przewodnika, który kształcił świetnie, oraz wpajał humanitarne zasady. Wysoki stan medycyny w Wilnie w lwiej części zawdzięczać należy Frankowi, który miał zupełne prawo się szczycić, że wychował zastępy dobrych i światłych lekarzy, a był uczonym tak głośnym, że zwabiał do Wilna i cudzoziemców słuchaczy. W życiu grodu nadwilejskiego odegrał Frank rolę ogromną. Był promotorem lub założycielem wielu pożytecznych instytucyi, budził życie towarzyskie i rozwijał zamiłowanie do muzyki i teatru. Niekiedy (może nawet bezwiednie) Frank zbyt przypisuje sobie wyłącznie, czy to inicyatywę, czy wykonanie, czy też rolę w życiu Wilna, zamilczając o zasługach innych«.

»Trudno dać ścisłą charakterystykę tego niepospolitego człowieka; była w nim mieszanina różnych właściwości i cech: wyborny profesor i pierwszorzędny uczony, a skłonny do szukania względów w sferach nienaukowych; dumny w uniwersytecie, a dla dopięcia celów nie wolny gdzieindziej od czołobitności, działacz i organizator wytrwały i nieznużony, a często lekkomyślny i płochy; znawca sztuki i teatru, zapalony meloman, interesujący się wielu sprawami, a zarazem płytki i powierzchowny w stosunku do prawdziwej głębi duch; dobry, miłosierny i uczynny, lecz niepowściągliwy i gwałtowny. Główna jego wada, która kaziła szlachetny z gruntu charakter, to próżność; dla niej nie wszystko, lecz wieleby poświęcił. Ona spowodowała, że nawet w dziejach uniwersytetu parę razy grał mniej korzystną rolę«.

»Zasługuje na podniesienie uczucie Franka do swojego ojca, a już prawdziwie ślicznem jest przywiązanie jego do przybranego synka, Wiktora, zmarłego u Jezuitów w Płocku. Kto wie, gdyby on żył (a wychowano go jako Polaka), Frank możeby nie opuścił Litwy, a nadto rozwijałby się w nim idealizm, który wypływał z miłości do tego synka. W jednym epizodzie Frank wzniósł się bardzo wysoko: kiedy skutkiem donosu Korsakowa aresztowano rektora Twardowskiego, nasz pamiętnikarz nie chciał się znajdować w jednem towarzystwie z Korsakowem i głośno to objawił. Przypomnijmy sobie, że to się działo w czasie teroru w Wilnie, a tem to szlachetniejsze, że Frank osobiście nie lubił Twardowskiego, oburzała go tylko podłość postępku«.

»Jakkolwiek inne wspomnienia przyćmiewają nimb, którym otoczyli pamięć Franka wielbiący go uczniowie, staje przed nami postać zasłużonego działacza. Z cudzoziemców profesorów wileńskich był on nietylko najznakomitszym, ale i najgodniejszym: najuczciwiej bowiem pojął swe powołanie i, pomimo błędów i uchybień, najlepiej się wywiązał z ważnego zadania«.

»Wdzięczność mu się należy i za te wspomnienia, wskrzeszające piękną epokę z przeszłości Wilna. Zadalekoby nas zaprowadziło wyliczanie nowych rzeczy, które one przynoszą. Słabe strony tego pamiętnika bledną wobec wielkich jego zalet: pisany żywo, przenosi w ubiegłe czasy, które często autor umie przedstawić z plastyką«.

»Niepowetowana strata, że V tom omawianych pamiętników, gdzie prawdopodobnie były przedstawione czyny Pelikana i Nowosilcowa, dzięki serwilizmowi Adamowicza, prezesa Towarzystwa lekarskiego w Wilnie, którego własnością stały się te wspomnienia, wykradziono i potem niewątpliwie zniszczono gwoli dogodzenia Pelikanowi«.

»Musimy przyznać, — kończy Dr Janowski — że wspomnienia Franka dają materyał szacowny, interesujący i miły, stanowią przytem sowite źródło dla badaczy; przeto za ich wydanie należy być wdzięcznym »Bibliotece Pamiętników«, jak niemniej p. Zahorskiemu za mozolny trud przetłomaczenia i przygotowania do druku tego ważnego zabytku pamiętnikarstwa polskiego«. R.

Ś. p. Stanisław Kamieński.

W d. 12. października b. r. zmarł w Warszawie ordynator Domu wychowawczego przy szpitalu Dzieciątka Jezus, ś. p. Stanisław Kamieński. W zmarłym traci pedyatrya polska jednego z lepszych przedstawicieli, autora znanej monografii »Właściwości fizyologiczne ustroju dziecięcego w zastosowaniu do patologii i terapii«, »Zasad żywienia chorych dzieci« i in. Kamieński był od 1900—1907 i następnie od r. 1911—1913 redaktorem »Pamiętnika Towarzystwa lek. warszawskiego« i »Przeglądu piśmiennictwa polskiego« i długoletnim członkiem redakcyi »Gazety lekarskiej«. W sferach koleżeńskich cieszył się zmarły wielką popularnością i uznaniem dla zalet serca i umysłu. Liczył lat 53. Urodził się w r. 1860 w Wałowicach, Ziemi lubelskiej. Gimnazyum ukończył w Lublinie, nauki lekarskie w uniwersytecie warszawskim w r. 1884. Po kilku latach praktyki na prowincyi i po odbyciu studyów specyalnych głównie w Berlinie, osiadł jako pedyatra w Warszawie w r. 1890 i tu w Domu wychowawczym z początku w charakterze asystenta, następnie ordynatora, pracował z pożytkiem dla instytucyi, młodszych kolegów i pedyatryi polskiej. J. Br.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 29 X. b. r. posiedzenie, na którem Dr Zi Wachtel i prym. Borzęck przedstawiali chorych, a prof. Browicz miał wykład na temat

»Czy rak pojawia się obecnie częściej, czy też nie?« W dyskusyi przemawiali prof. Kostanecki, Jaworski i Rosner, Dr Blassberg, Janiszewski i Nowaczyński.

— W sprawie szpitala św. Ludwika nastąpił zwrot, pomyślnie rokujący dla dalszego bytu tego szpitala, jako instytucyi samodzielnej. Mianowicie Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci przedłużyło układ z Wydziałem krajowym na kilka jeszcze lat, jak również traktuje z rządem o dalsze pomieszczenie w szpitalu uniwersyteckiej kliniki pedyatrycznej. Wskutek ustąpienia wielce zasłużonego dotychczasowego dyrektora szpitala, Dr Fr. Murdzieńskiego, ma kierunek całego szpitala być oddany profesorowi Dr Lewkowiczowi.

— Prof. Dr Wachholz wybrany został wiceprezesem niemieckiego Towarzystwa medycyny sądowej.

— Dnia 17. b. m. odbyło się we Lwowie przeniesienie na cmentarz łyczakowski zwłok zmarłego w Wiedniu ś. p. Dr Adolfa Lukasa, radcy cesarskiego, który uczynił znany zapis na wdowy i sieroty po lekarzach. Obrzędowi towarzyszyło liczne grono lekarzy lwowskich, a nad grobem przemawiał prof. Dr Machek imieniem Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Wdowa po ś. p. Adolfie, pani Karolina Lukasowa, dodała z własnego majątku na powiększenie funduszu imienia swojego męża 6.000 K (nom.) w papierach publicznych.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. X. do 25. X. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 1 † —), krztuśca 6 † — (— † —), ospy wietrznej 1, płonicy 19 † 2 (1 † —), odry 22 † — (— † —), duru brzusznego 3 † — (— † —), czerwonki 8 † — (— † —), gorączki połogowej — † —, róży 2 † —.

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 20 X. do 27. X. 1913 przypadków: ospy 9 † 1, płonicy 21 † 8, duru osutkowego 1, róży 1, czerwonki 2.

Dr Trenkner.

Warszawa. Redaktorem »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« wybrany został na lata 1913—1917 Dr Tadeusz Borzęcki. Szanownemu naszemu współpracownikowi składamy życzenia jaknajlepszych wyników pracy na tem zaszczytnem stanowisku.

— Nagrodę im. Helbicha przyznał komitet konkursowy Towarzystwa lek. warszawskiego Dr S. Serkowskiemu z Warszawy za dzieło p. t. »Wakcynoterapia«.

Mianowani: Profesorem med. wewn. w Lozannie prof. Michaud z Kiel.

Zmarli: Dr Bohdan Piotrowski w Odessie; Dr Hipolit Obrycki, uczestnik powstania w r. 1863, w Paryżu w 73 r. ż.

Redakcya otrzymała: Popielski: 1) Die Theorie der Hormone u. innere Sekretion (Klin. ther. Woch. 1913). 2) Adrenalin u. Komprimierung der Nebenniere. (Zentrbl. f. Physiol. 1913).— Czubalski: Asphyxie und Adrenalin (Zentrbl. f. Physiol. 1913).— Krokiewicz: 1) Zur Kasuistik multipler, primärer maligner Geschwülste. (Wiener kl. Woch. 1913). 2) Resultats d'un traitement de la tuberculose (Revue de méd. 1913). — Saski: Wyniki badania bakteryologicznego krwi w 50 przypadkach duru brzusznego (Gazeta lek. 1913). — Koźniewski: Studya nad składem chemicznym bakteryi gruźliczych oraz innych t. zw. kwasoodpornych prątków (Pam. Tow. lek. warsz. 1913). — St. Kurtz: Po kongresie londyńskim. (Med. i Kron. lek. 1913).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1913.

Gazeta lek. Nr 39—43.: Szmurło: Przypadek »neuritidis retrobulbaris«, wywołanej ropnem zapaleniem zatok sitowych tylnych, oraz klinowej (39). — Łaski: Wyniki badania bakteryologicznego krwi w pięćdziesięciu przypadkach duru brzusznego (dok. 39). — Simchowicz: O chorobie Alzheimera i stosunku jej do otępienia starczego (dok. 40—41).—Urstein: Nowsze badania biologiczne i ich zastosowanie w patologii (40). — Wernic: Leczenie szczepionkami rzeżączki (41—42). — Hertz i Ehrlichówna: O wpływie małych dawek toluylendiaminy na krew wraz z przyczynkiem do nauki o powstawaniu hyperglobulii doświadczalnej (42). — Brudziński: Stanisław Kamieński, wspomnienie pośmiertne (43). — Calmette: Drogi zakażenia gruźliczego (43).

Medycyna i Kronika lek. Nr 39—43.: Otto: Zmiany anatomiczne w sercu w ostrem i przewlekłem zatruciu alkoholem (39—41). — Landau: O cukromoczu adrenalinowym u człowieka (dok. 39). — Zawadzki: Płonica w Warszawie (39). — Sołowiejczyk i Karbowski: Przypadek wewnątrzczaszkowego powikłania na skutek utajonej ropnej sprawy w zatoce czołowej; zapalenie szpiku kostnego kości sklepienia czaszki (dok. 40—41). — Biehler: Kilka słów o szczepieniu przeciwpłoniczem (41). — J. Zawadzki; Punkty bolesne brzucha i klatki piersiowej (43). — Bertrand i Fejgin: Badania bakteryologiczne nad kilkoma przypadkami zapalenia macicy i próby ich leczenia zarazkiem uczulonym (42—43).

Tygodnik lek. Nr 39—43.: Siengalewicz: Samobójstwo w oświetleniu zmian anatomo-patologicznych (dok. 39). — Hornowski: Badania anatomo-patologiczne nad stosunkiem grasicy do gruczołów przytarczycznych i nadnerczy oraz nad zachowaniem się jej przy status lymphaticus, thymicus i thymico-lymphaticus (39—43). — Rothfeld: O wpływie doświadczalnych obrażeń rdzenia przedłużonego na odczyny ruchowe pochodzenia przedsionkowego ucha (40). — Falgowski: Wielka torbiel odosobniona przy gruźliczej, miażdżycowej nerce skrobiowatej, która powędrowała do miednicy (41—42). — Nelken: O potrzebie państwowego zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy w Galicyi (42—43). — Czyżewicz: Kilka dalszych uwag w sprawie niepowściągliwych wymiotów u ciężarnych, z uwzględnieniem dzisiejszego stanowiska nauki w tym przedmiocie (43).

Nowiny lekarskie. Nr 10.: Hornowski: Przyczynki z dziedziny anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej do kwestyi związku gruczołów wydzielania wewnętrznego z chorobami nerwowemi i umysłowemi. — Dziembowski: O rozpoznawaniu chorób stawowych.

Lekarz wileński Nr 9.: Wirszubski: Przyczynek do chirurgii chorób nerwowych. — Szabad: Przyczynek do statystyki płodności pewnego odłamu kobiet na Litwie. — Działalność wileńskiego oddziału Ligi przeciwgruźliczej. — Trochę cyfr z dziedziny sanitaryi wileńskiej.

Neurologia polska Z. 4. Flatau i Frenkel: O drżączce obu rąk, z odwodzeniem dłoni oraz jednostronnem, kurczowem przekrzywieniem kręgosłupa. — Radecki: Przyczynek do analizy zastosowania w medycynie doświadczeń skojarzeniowych. — Pański: W kwestyi objawów porażeniom połowiczym towarzyszących, lecz do ich obrazu klinicznego nie włączonych — Sterling: Studya kliniczne nad t. zw. »eunuchoidyzmem« oraz pokrewnymi typami.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Zesz. III.: Koźniewski: Studya nad składem chemicznym bakteryi gruźliczych oraz innych t. zw. kwasoodpornych prątków.—Simchowicz: Badania nad anatomią patologiczną otępienia starczego (dok.).

Przegląd higieniczny Nr 10.: Kolski: Handel mlekiem we Lwowie.

Zdrowie Nr 10.: Kühn: Sprawa oświetlenia miast elektrycznością. — Fidler: Stan szpitalnictwa, oraz ruch chorych w szpitalach Ziemi radomskiej.

Kronika dentyst. Nr 10.: Cenżar: Zasady racyonalnego leczenia zgorzelinowych kanałów korzeniowych.

Słowo lek. Nr. 18—19.: Wynagrodzenie za doniesienia o chorobach zakaźnych (18). — Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi w świetle sprawozdania c. k. krajowej Rady zdrowia za lata 1908 i 1909. (c. d. 18—19). — Lekarskie krzesła w Sejmie (19). — Wyniki szkolnej ankiety lekarskiej w Wiedniu (19).

(Dokończenie nastąpi).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 5. listopada 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład prof. Dr Rosnera: Röntgen i rad w terapii ginekologicznej.

Rok LII. Kraków, dnia 8 listopada 1913. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

DR. ALFREDOWI SOKOŁOWSKIEMU

W DNIU JUBILEUSZOWYM.



Odbudowywać z gruzów, ustawicznie związywać przerywane wrogą ręką pasmo pracy, nieznużonym być oraczem zachwaszczanego nam umyślnie pola, uczyć się wytrwania, siły dwoić i troić, to dzisiejsze Polaka losy i zadania.

W tych zadaniach przodowałeś myślą, sercem i czynem przez lat czterdzieści.

Za to, żeś, w pierwszym sam krocząc szeregu, gromadził hufiec pracowników na niwie nauki, żeś w tyloletnim znoju i trudzie na barki swe brał ciężar kształcenia naszych lekarzy, pozbawionych własnej Szkoły głównej, — za to, żeś strzegł skutecznie dostojeństwa i sławy sztandarów medycyny polskiej, żeś był dla nas przykładem i wzorem, — za to, że działanie Twoje tchnęło serdeczną troską o zdrowie i przyszłość narodu, — za wszystkie dzieła Twej myśli i za płomienie Twego zapału, za ofiary z ducha i uczuć, za żywot Twój cały — winno Ci społeczeństwo hołd i wdzięczność.

Z podzięką i życzeniami, składanemi Ci w dniu dzisiejszym, łączy się całem sercem Towarzystwo lekarskie krakowskie, dumne, że od lat wielu zalicza Cię do swych członków honorowych i »Przegląd lekarski«, szczycący się Twem współpracownictwem.

Dr Alfred Sokołowski, urodzony 11. listopada 1849 w Włodawie, szkoły średnie i studya lekarskie (1868—1873) przebywał w Warszawie. Dyplom doktora medycyny uzyskał w Paryżu w r. 1880 na zasadzie egzaminów i rozprawy p. t. »Quelques remarques sur les complications laryngées de la phthisie pulmonaire«. Od r. 1874 do 1880 pracował jako asystent w słynnem sanatoryum w Goerbersdorfie, w r. zaś 1880 powrócił do Warszawy, gdzie w dwa lata potem został ordynatorem oddziału chorób piersiowych i gardlanych w szpitalu św. Ducha.

Na stanowisku tem rozwinął niezmiernie żywą działalność naukową, piśmienniczą i dydaktyczną. Wykształcił cały szereg uczniów, zaszczytnie dziś znanych w zakresie praktyki lekarskiej i polskiej literatury lekarskiej. Sam przodując przykładem, ogłosił dotąd po polsku 142 prac, nie licząc rozpraw niemieckich, angielskich i francuskich. Naczelne miejsce wśród prac Jego zajmuje wspaniałe trzytomowe dzieło: »Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych« (Warszawa 1902—1906), za które przyznała Mu nagrodę Akademia Umiejętności, a które rychło przełożone na języki obce, przyjęte zostało nietylko nader pochlebnie, ale z nadzwyczajnem wprost uznaniem przez krytykę zagraniczną. Z innych większych prac wymienić należy przedewszystkiem rozprawę: »O włóknistej postaci suchot płucnych« (1885), w której Dr Sokołowski pierwszy ustalił odrębność kliniczną tej postaci chorobowej, przedtem opisywanej tylko przez anatomo-patologów, dalej wydaną razem ze znaną »Dyagnostyką« Biegańskiego »Dyagnostykę różniczkową chorób górnego odcinka dróg oddechowych«, następnie cały szereg znakomitych »Odczytów klinicznych« (wydawanych przez »Gazetę lekarską«), jak o skrytych postaciach suchot płucnych (1890), o leczeniu klimatycznem suchot (1893), o bolu gardła (1898), o stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych (1898), o alkoholu w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych (1899), o wysiękowem zapaleniu opłucnej (1903), o leczniczem znaczeniu klimatu południowego (1906), o nowoczesnych metodach rozpoznawania i leczenia gruźlicy płuc (1909), o wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płuc i i. Prócz »Odczytów« ogłaszał prace swe w »Gazecie lekarskiej«, »Medycynie«, »Zdrowiu«, a także »Przegląd lekarski« może poszczycić się Jego współpracownictwem. Badań swych część przeważną poświęcił zagadnieniu gruźlicy, której jest dziś u nas niewątpliwie znawcą najznakomitszym.

Zagadnienia, dotyczące tej choroby, zajmowały Go jednak nietylko jako klinicystę i jako pisarza, ale także jako obywatela. Sprawie zwalczania gruźlicy, jako klęski społecznej, oddał się z właściwym sobie zapałem i wytrwałością, a był u nas jednym z pierwszych działaczy na tem polu. W warszawskiem Towarzystwie higienicznem, jako przewodniczący Wydziału przeciwgruźliczego, rozwijał energiczną działalność dla zorganizowania walki z gruźlicą; należał do założycieli sanatoryum w Zakopanem, sanatoryum w Rudce, a w końcu stworzył osobne Towarzystwo przeciwgruźlicze, którego jest duszą, a które pod jego przewodnictwem coraz piękniej się rozwija, założywszy już dwa dyspensatorya w Warszawie i sanatoryum ludowe »Leśniczówka« pod Warszawą. Nie szczędził ofiar, aby przez fundacyę nagród konkursowych i t. p. stworzyć dobre piśmiennictwo popularne, szerzące w tym zakresie propagandę. Hojną też ręką tworzył inne fundacye na cele publiczne, naukowe i humanitarne, jakoto na nagrody za najlepsze prace z zakresu patologii dróg oddechowych, na nagrody za odczyty w warszawskiem Towarzystwie lekarskiem, na stypendya dla uczniów, na kasę wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach, na miejsca w sanatoryum w Rudce dla lekarzy chorych na gruźlicę i i. Fundacye te przekraczają 30.000 rubli.

Znamienite zasługi na polu lekarskiem i obywatelskiem zjednały Jubilatowi powszechny szacunek i uznanie; na polskich Zjazdach lekarskich wybierany prezesem honorowym, w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem piastuje od r. 1908 godność najwyższą, sekretarza stałego, a przez wiele naszych Towarzystw lekarskich został mianowany członkiem honorowym.

Z oddziału chorób wewnętrznych (l. B.) krajowego szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Zastosowanie lecznicze benzolu w białaczce

napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

Działanie benzolu na narząd krwiotwórczy jest niezaprzeczenie bardzo znamienne. Pierwszy Selling wykazał, iż po wstrzykiwaniach podskórnych benzolu u królików wytwarza się znaczne zmniejszanie się ilości krwinek białych we krwi krążącej, jak również i przy dłuższem stosowaniu podskórnem większych dawek benzolu przychodzi nietylko do zaniku krwinek białych, ale i do zaniku całego układu krwiotwórczego. Doświadczenia Sellinga na królikach zwróciły uwagę Koranyiego, który postanowił benzol zastosować u chorych dotkniętych białaczką. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Peszcie w dniu 20 kwietnia 1912 r. przedstawił też Koranyi 2 przypadki białaczki, leczone z wynikiem korzystnym przez podawanie wewnętrzne coraz to większych dawek benzolu. Wkrótce potem Kiralyfi ogłosił z kliniki Koranyiego dalszych 6 przypadków leczonych benzolem Kiralyfi nadmienia, iż stosując wewnętrznie przez dłuższy czas u chorych na białaczkę coraz to większe dawki benzolu, można bezsprzecznie zadziałać na ciałka białe krwi i zmiany anatomiczne w narządach wewnętrznych, co ujawnia się w pierwszym rzędzie tem, że zwiększona ilość krwinek białych z 200.000—300.000 spada do 7—8000 w 1 mm³. Równocześnie ze zmniejszaniem się ilości krwinek białych można stwierdzić i powolne zmniejszanie się narządów krwiotwórczych, jak śledziony, tak iż kiedy śledziona z powodu obrzęku początkowo wysklepiała całą połowę lewą jamy brzusznej, to pod koniec leczenia benzolem zaledwie staje się wyczuwalną w podżebrzu lewem. Nie mniej i białaczkowo powiększone gruczoły chłonne ulegają zmniejszeniu. Pomimo to Kyralyfi nie uważa benzolu za środek swoisty dla białaczki, pod wpływem którego białaczka mogłaby być wyleczona, gdyż działanie benzolu nie jest trwałem. Toż samo mógł zauważyć Kyralifi, iż wczesne przerwanie stosowania benzolu zaostrza silnie proces chorobowy; ilość krwinek białych ulega wówczas silnemu zwiększeniu. Niemniej pod wpływem stosowania benzolu i jakościowy stosunek pojedynczych postaci leukocytów albo wcale, albo bardzo nieznacznej ulega zmianie, a postacie chorobowe krwinek białych, zwłaszcza myelocyty, prawie w tym samym stosunku się utrzymują; w nieznacznym stopniu zmniejsza się także ilość krwinek czerwonych. Niekiedy w przypadkach

zatrucia benzolem można było stwierdzić niedokrwistość aplastyczną.

Pod wpływem stosowania benzolu w białaczce ustępowała gorączka. Chorzy czuli się podmiotowo dobrze, coraz silniejszymi i swobodniejszymi; odzyskiwali łaknienie, energię życiową i chęć do pracy. Rzadko występowały zaburzenia przemijające ze strony przewodu pokarmowego, jak odbijanie benzolem i brak łaknienia.

Wachtel stosował benzol w celu leczniczym w 2 przypadkach ciężkiej białaczki szpikowej. W jednym przypadku u kobiety 38-letniej wynik miał być bardzo pomyślny. Dawka dzienna wynosiła zrazu 3, a potem 4 gr. Ogólny stan chorej znacznie się poprawił. Ilość krwinek białych w ciągu kilku tygodni spadła z 140,900 na 13,000, a później na 8,000 w 1 mm^3. Stan ten korzystny utrzymywał się jeszcze przez 4 tygodnie po zaprzestaniu podawania benzolu. Nigdy nie można było zauważyć objawów zatrucia; ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny uległy nawet zwiększeniu. Należy mi jednak nadmienić, iż chora ta znajdo wała się w ciąży początkującej i wobec tego nasuwa się wątpliwość, azali ten tak korzystny stan nie był wywołany początkującą ciążą, tem więcej, że odnośne przypadki znane są w piśmiennictwie. W drugim przypadku ciężkiej białaczki szpikowej był Wachtel zmuszony już po 3 dniach zaprzestać stosowania benzolu, gdyż naówczas w moczu pojawiła się znaczna ilość białka (około 0·25%).

Todesco opisuje przypadek białaczki, leczonej z bardzo korzystnym wynikiem metodą Koranyiego tak ze względu na zachowanie się krwinek czerwonych, jak i białych, przyczem niezaprzeczenie wpływ dodatni benzolu ujawnił się i we wzajemnym stosunku jakościowym krwinek białych.

Toż samo Stern. W przypadku Sterna po 2-miesięcznem leczeniu benzolem ilość krwinek białych w 1 mm^3 obniżyła się z 264,000 na 13.300, a ilość kwinek czerwonych podniosła się z $3^1/_2$ miliona na $5^1/_2$ miliona. Stosunek ilościowy krwinek białych uległ zmianie na korzyść. Podczas gdy ilość myelocytów z 44% spadła do 2—3%, zwiększyła się ilość białych ciałek wielojądrzastych z 48% na 74%. W miarę polepszania się obrazu hematologicznego zmniejszała się i śledziona tak, iż pod koniec leczenia śledziona okazywała prawidłowe rozmiary. Chory czuł się na ogół znakomicie; na wadze przybrał o 2 kg.

Rössler wspomina o bardzo korzystnym wyniku leczenia w 2 przypadkach białaczki szpikowej, gdzie poprzednio stosowanie promieni Röntgena i arszeniku okazało się bezskutecznem.

Frank Billings spostrzegał wpływ benzolu na białaczkę w 5 przypadkach (w 4 przypadkach leucaemia myelogenes a w 1 przyp. leucaemia atypica lymphoides). We wszystkich przypadkach z wyjątkiem jednego, stosowano obok benzolu i naświetlania promieniami Röntgena. Benzol podawał Billings w kapsułkach żelatynowych początkowo po 0·5 gm., a później po 1 gm. Wszyscy chorzy skarżyli się na odbijanie benzolem i pieczenie w żąładku. ale apetyt mieli zawsze dobry. W jednym przypadku po benzolu zauważył Billings rumień na skórze (erythema toxicum) i swędzenie; zmiany te jednak po zaprzestaniu podawania benzolu rychło ustąpiły. W 4 przypadkach chorzy okazywali przybytek na wadze. U 2 chorych ilość krwinek białych wzrosła w pierwszych dniach leczenia, a u 3 chorych nastąpił odrazu znaczny spadek ilości krwinek białych tak, że stwierdzić można było nawet zubożenie krwi w ciałka białe (leukopenia). Tym zmianom we krwi towarzyszyło szybkie pomniejszanie się śledziony.

Klein podawał benzol wewnętrznie w 22 przypadkach białaczki i na podstawie spostrzegania klinicznego nie uważa benzolu za środek pewnie działający. Według niego benzol nie leczy białaczki, ale może w jej leczeniu odegrać ważną rolę, zwłaszcza jeżeli u odnośnych chorych zastosuje się poprzednio leczenie promieniami Röntgena. Stein radzi obok benzolu stosować równocześnie arsen.

Rodelius na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Hamburgu (4. VI. 1913) przedstawił chorego z białaczką szpikową, u którego po dwukrotnem prześwietleniu promieniami Röntgena i podaniu 350 kapsułek benzolowych ilość leukocytów obniżyła się z 228.000 do 9.000 w 1 mm^3, a silnie powiększona śledziona wróciła do prawidłowych rozmiarów. Wpływu szkodliwego benzolu w żadnym kierunku nie zauważył. W drugim przypadku pomimo zastosowania 1500 kapsułek benzolowych wynik był zupełnie ujemny, podczas gdy w trzecim przypadku już po 8 dniach zauważyć można było wyraźne polepszenie.

Türk stosował benzol w 9 przypadkach białaczki. W 3 przypadkach białaczki szpikowej i w jednym przypadku przewlekłej gruczołowej chorzy znosili źle benzol w kapsułkach żelatynowych; tracili apetyt i uskarżali się na odbijanie i pieczenie w żołądku, tak iż zaprzestano podawania benzolu. W 5. przypadku u kobiety z przewlekłą białaczką szpikową, która pozostawała w leczeniu od r. 1909 i po zastosowaniu naświetlenia promieniami Röntgena zawsze na cały rok odzyskiwała zdolność do pracy zawodowej, po podawaniu benzolu przez 3 tygodnie (w ilości ogólnej 99 kapsułek półgramowych) nie można było zauważyć żadnego korzystnego działania, lecz pogorszenie, gdyż ilość krwinek białych wzmogła się z 81.600 do 120.000 w 1 mm^3, podczas gdy ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny nie uległy zmianie. Na wyraźne życzenie chorej odstawiono benzol, a podjęto leczenie promieniami Röntgena. Po 7 naświetleniach nastąpiło wzmożenie się ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny, a ilość krwinek białych obniżyła się do 77.300 tak, iż chora naówczas znów z polepszeniem powróciła do domu. W 6. przypadku przewlekłej gruczołowej białaczki po zastosowaniu benzolu w ciągu 3 tygodni (64 kapsułek żelatynowych) zauważono nieznaczny spadek krwinek czerwonych i hemoglobiny i wzmożenie się ilości krwinek białych z 68.000 na 85.800 w 1 mm^3, tak iż i w tym przypadku powrócono do poprzedniego skutecznego leczenia promieniami Röntgena. Po 8 naświetleniach podniosła się ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny, a ilość krwinek białych opadła do 25.300 w 1 mm^3; równocześnie odsetek ciałek wielojądrzastych białych 1·6% wzmógł się do 26·7%. W 7. przypadku przewlekłej gruczołowej białaczki, nieleczonej poprzednio, a spostrzeganej od roku 1911, podano 292 kapsułek półgramowych benzolu w czasie 8 tygodni. Po 4 tygodniach spadła ilość krwinek białych z 71.100 na 40.700, atoli obraz kliniczny i stan chorego pozostały niezmienione. Chory opuścił szpital z poleceniem dalszego zażywania kapsułek w domu i dochodzenia od czasu do czasu do zbadania. Po tygodniu zgłosił się wśród stanu gorączkowego, a badanie nie wykazało żadnej zmiany w narządach,

natomiast we krwi ilość krwinek białych podniosła się do 70.300. Przy dalszem zażywaniu benzolu po 18 dniach ilość krwinek białych znów spadła do 47.900; stosunek jednak leukocytów nie zmienił się. Toż samo ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny nie zmieniły się. U 8. chorego, 57-letniego pomocnika krawieckiego, który z powodu przewlekłej białaczki szpikowej trzykrotnie pozostawał poprzednio w leczeniu na klinice, mógł Türk zauważyć wcale korzystny wynik wyłącznie po benzolu ze względu na obraz hematologiczny, podczas gdy poprzednie naświetlanie promieniami Röntgena było bezskuteczne. W ciągu 10-tygodniowego podawania wielkich dawek benzolu ilość krwinek białych po początkowem podniesieniu się w pierwszych 3 tygodniach, następnie dość szybko i trwale się obniżała. Chory w ciągu 3 miesięcy wyżył w całości 755 kapsułek żelatynowych po 0·5 gr. (t. j. 377·5 gr. benzolu). W ostatnich tygodniach odsetek krwinek białych w całości nieznacznie się obniżył (z 99.2%—97·7%); natomiast obrzęki gruczołów, śledziony i wątroby, bóle w kościach, pomimo tego, w każdym razie energicznego leczenia, nie okazywały zmiany na lepsze, a objawy niedokrwistości nawet się poniekąd zwiększyły, skoro ilość krwinek czerwonych obniżyła się o 600.000 w 1 mm^3. a ilość hemoglobiny o 10%. W 9. przypadku, u 62-letniego chorego na białaczkę gruczołową przewlekłą spostrzegał natomiast Türk po krótkotrwałem zastosowaniu benzolu nietylko nagły spadek ilości krwinek białych we krwi, ale i rychłe zmniejszanie się obrzęków gruczołowych i śledziony bez jakichkolwiek ubocznych przypadów.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

Spostrzeżenia kliniczne w kilku sporadycznych przypadkach choroby Heine-Medina o niezwykle korzystnym przebiegu

skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Przypadek ten nie przedstawiałby w oczach lekarzy, którzy mieli sposobność czynić spostrzeżenia w czasie epidemii choroby Heine-Medina, niczego tak bardzo niezwykłego. Jako spostrzeżenie sporadyczne zasługuje on wszakże w każdym razie na wyróżnienie. Już w samym początku choroby wystąpiły niecodzienne objawy, z jednej strony bardzo ostry nieżyt gardła i górnych dróg oddechowych, z drugiej nadzwyczaj uporczywe zaparcie stolca. W dalszym przebiegu zjawiły się rozległe porażenia mięśniowe, obejmujące mięśnie twarzy, języka, karku, brzucha i kończyn po stronie prawej. Czy i po stronie lewej nie było przemijających nieznacznych niedowładów, które łatwo ujść mogły uwagi, nie możemy rozstrzygać. Bliższe cechy tych porażeń świadczyły niewątpliwie o tem, że przyczyna ich leży w schorzeniu odżywczych komórek zwojowych. Obok tego spostrzegaliśmy w zachowaniu się odruchów objawy, które wskazywały, że ciągłość połączeń w drogach piramidalnych nie jest utrzymaną. Objawy te wystąpiły już wtedy kiedy istniały przez szereg dni porażenia. Z konieczności przyjąć tu trzeba, że sprawa zapalna przeniosła się także na niektóre odcinki tych dróg. A trwała ona tam nawet dłużej, aniżeli w obszarach układu nerwowego, które uważamy za typowe siedlisko zakaźnego zapalenia, i ustępowała powolniej.

Porażenie odbytu i pęcherza moczowego zasługuje o tyle na podniesienie, że nie należy ono do zjawisk częstych i że nie trwa nigdy tak długo, jak w opisanym przypadku.

Ciekawe były wyraźne bardzo zaburzenia naczynioruchowe; na karb tych zaburzeń położyć należy pojawianie się plam sinawych, znikających po krótszem lub dłuższem trwaniu i pojawiających się potem na nowo. Nie różniły się one zupełnie od podobnych plam, spotykanych w przebiegu nagminnego zapalenia opon mózgu i rdzenia, o których wspominałem jeszcze w r. 1896, kreśląc krótką monografię tej choroby. Na szczególne wszakże podniesienie zasługuje zakończenie choroby, niezwykle pomyślne i to pomimo tego, że przebieg jej wobec rozległych porażeń nosił piętno ciężkiego schorzenia. Według powszechnie utartego zdania kończą się przypadki sporadyczne choroby Heine-Medina u osób dorosłych z zasady dobrze, o ile chodzi o życie, niekorzystnie, jeśli zejście oceniamy według tego, jakie pozostają następstwa. Zapatrywanie to wymaga o tyle przynajmniej sprostowania, że od ogólnej zasady mogą być i że są istotnie wyjątki.

Gdybyśmy opisany przypadek klasyfikować chcieli według schematu Wickmana, o którym wspomnieliśmy na wstępie, okazałoby się, że niema tam dla niego zupełnie stosownego miejsca. I nie może nas to bynajmniej dziwić. Z chwilą, kiedy nauka kliniczna, a wraz z nią i anatomia patologiczna stanęły na tem stanowisku, że sprawa zapalna układu nerwowego ośrodkowego, dająca powód do powstawania obrazu choroby Heine-Medina, nie jest pod względem swego siedliska stałą, zgodzić się trzeba i z tem także, że objawy nerwowe muszą być co do usadowienia się nader zmienne i że muszą, nie tracąc zresztą zasadniczego typu, wikłać się ze sobą w najrozmaitszy sposób. Taki powikłany obraz spostrzegaliśmy i w naszym przypadku. Najprędzej jeszcze wtłoczyćby go można w ramy tej postaci, którą nazwaliśmy postacią opuszkową. Objawy porażenia opuszkowego powstały tu najwcześniej i trwały najdłużej. W każdym razie jest w tem określeniu bardzo widoczny przymus, gdyż nie uwzględnia ono zupełnie porażeń mięśni kończyn i tułowia o cechach, które przez pewien czas bądź co bądź bardzo przypominały pod pewnymi względami chorobę rdzenia, znaną pod nazwą sclerosis lateralis amyotrophica.

Przypadek II. Dusan G., 14-letni chłopiec sklepowy z Sarajewa, przyjęty na oddział wieczór 10 kwietnia 1913.

W y w i a d y. Choroba rozpoczęła się nagle przed 5 dniami wysoką gorączką, bolem całego ciała. Przez cały czas utrzymywało się zaparcie stolca. Wymiotów rzekomo nie było.

S t a n o b e c n y z 11. IV. Chłopiec wątłej budowy ciała, licho odżywiony, o rysach twarzy wyrażających ból, leży z podwiniętemi nogami w położeniu, spotykanem często u chorych na zapalenie gruźlicze opon. Od czasu do czasu jęczy, ale jest zupełnie przytomny. Wyprasza się od

badania, podając, że każde dotknięcie sprawia mu wielki ból. Dźwignięty w łóżku, nie może siedzieć o własnych siłach. Opukiwanie czaszki sprawia choremu mierny ból; ruchy głową utrudnione z powodu znacznego napięcia mięśni karku; kręgi szyjne za uciskiem bardzo bolesne. Taką samą bolesność stwierdzić można w zakresie skóry i mięśni kończyn i tułowia. Wobec tej bolesności niepodobna było zbadać odruchów mięśniowych i ścięgnistych. W zakresie nerwów czaszkowych zmian nie ma. W narządach wewnętrznych ważniejszych zmian niema. Na zaznaczenie zasługuje obłożenie i suchość języka, oraz znaczne zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej gardła. Brzuch płaski, powłoki brzuszne dość silnie napięte, w jelicie esowatem grudki zbitego kału. Mocz nieco tylko ciemniejszy, składników nieprawidłowych nie zawiera. Skład krwi był o tyle różny od prawidłowego, że odsetkowa ilość limfocytów wynosiła 35%. Ciepłota ciała, która bezpośrednio po przyjęciu chorego wynosiła 38·9° C., opadła wśród nocy i wahała się w godzinach rannych między 37·4 – 37·8° C. Liczba tętna wynosiła w czasie badania chorego około 100.

Przez kilka następnych dni utrzymywał się wśród nieznacznych tylko wahań stan jednakowy. Na plan pierwszy wybijała się stale wielka obolałość i wybitna przeczulica mięśniowa i skórna, tak wielka, że chory prosił usilnie, aby go nie dotykać i żalił się, że nawet przy poprawianiu koca, służącego do okrywania, doznaje bólu. Przebieg ciepłoty był zupełnie nieregularny; przeważał typ zwalniający, ale w niektórych dniach zdarzały się godziny, w których ciepłota dosięgała zaledwo 37° C. Zwolnienia przydarzały się bądź rano, bądź też w godzinach popołudniowych lub wieczornych. Najwyższe wzniesienia, zauważane kilkakrotnie, wynosiły 39·5° C. Tętno nie dotrzymywało stale kroku ciepłocie. Przy wysokiej gorączce liczono najwyżej 128 uderzeń, zazwyczaj wynosiła liczba tętna między 84 a 100 w minucie. Bardzo niemiłym objawem było stałe zapacie stolca; wypróżnienia następowały najczęściej dopiero po znaczniejszych dawkach leków przeczyszczających i po lewatywach. Niemniej przykre były dla chorego poty, niekiedy niezwykle obfite.

W dziesiątym dniu pobytu chorego na oddziale, t. j. 19. kwietnia, nastało pewne zwolnienie objawów, gorączka zmniejszyła się, przeczulica stała się mniej dotkliwą. Ale już wieczorem 21. IV. nastało nowe znaczne podniesienie ciepłoty i pojawiła się dawna obolałość ciała. Rano 22. IV. stwierdzono znowu bolesność kręgosłupa, zwłaszcza w części szyjnej, a nadto zaczerwienienie skóry kolana prawego i znaczny bolesny obrzęk całego stawu kolanowego. Pogorszenie trwało do 24. kwietnia. Przez następne dwa dni czuł się chory znacznie lepiej, nie gorączkował zupełnie. W nocy z 26. na 27. kwietnia wystąpiły, jako objaw nowy, nie spostrzegany w dotychczasowym przebiegu choroby, kilkakrotne wymioty; rano 27. IV. stwierdzono obok gorączki, sięgającej 38·5° C., znaczne napięcie mięśni karku, bolesność czaszki i kręgów szyjnych, ogólną przeczulicę, a nadto niedowład mięśni twarzy po stronie prawej i prawej połowy języka. Dalszy postęp choroby zaznaczył się nowem pogorszeniem dnia 1. maja. Nie było ono tak wielkie, jak poprzednio, ale i tym razem zjawiły się objawy ze strony układu mięśniowego w postaci niedowładów mięśni w kończynie górnej lewej. Niedowład był tak znaczny, że chory z wielką tylko trudnością mógł rękę zwinąć w pięść lub poruszać nią w stawie nadgarstkowym. Niedowład nie trwał w tym stopniu długo. Już 6. maja można było stwierdzić wyraźną poprawę. Przy badaniu zapisano wtedy w historyi choroby: Stan chorego zadowalniający, ciepłota ciała od kilku dni prawidłowa, chory jest w zupełnie dobrem usposobieniu, przeczulica skórna i mięśniowa ustąpiła prawie zupełnie, czaszka i kręgosłup przy ucisku i opukiwaniu niebolesne. Porażenie n. twarzowego i podjęzykowego utrzymuje się, ale nie jest już tak znaczne, jak poprzednio. Siła kończyny górnej lewej zwiększyła się. Zginacze palców działają dobrze, najwyraźniejszy niedowład stwierdzić można w zginaczach nadgarstka, zwłaszcza w zginaczu łokciowym. Pobudliwość me-





chaniczna tych mięśni nieco jeszcze zmieniona, skurcz po uderzeniu młotkiem opukowym powstaje wolno, posiada falisty charakter. Przy badaniu prądem przerywanym stwierdzić można również falistość skurczów. Oddziaływanie na prąd stały o tyle zmienione, że skurcze powstają przy tej samej sile prądu podczas zamykania katody i anody.

Około połowy maja ustąpiło zupełnie porażenie mięśni kończyny. Niedowład n. twarzowego i podjęzykowego zmniejszył się, ale zawsze jeszcze był dość wyraźny. Z tego czasu pochodzą fotografie chorego. Na jednej z nich (rys. 2) widać wygładzenie prawego fałdu nosowo-policzkowego i opadnięcie prawego kąta ust, jako wyraz porażenia n. twarzowego, na drugiej (rys. 3) występuje na jaw mniejsza objętość i zwiotczenie prawej połowy języka, jako następstwo porażenia prawego nerwu podjęzykowego. Zmiany te utrzymywały się w dalszym ciągu aż do wypuszczenia chorego z oddziału dnia 1. czerwca, malały jednak stopniowo i nie sprawiały choremu żadnych trudności, tak, że pod względem czynnościowym nie trzeba ich było brać w rachubę.

Przebieg choroby był w tym przypadku nacechowany skłonnością do zwolnień i zaostrzeń, sprawa zapalna czyniła postępy etapami. Z samego początku nie było zupełnie jakichkolwiek porażeń, a cały obraz naśladował do pewnego stopnia obrazy, spotykane w lżejszych postaciach zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Objawy składające się nań znane są lekarzom, którzy mieli sposobność spostrzegać znaczniejszą liczbę przypadków choroby Heine-Medina w czasie nagminnego jej panowania, a Wickman odróżnił nawet, jak to zaznaczyliśmy na wstępie, oponową postać choroby. W tym okresie można było myśleć także o ostrym gośćcu, zwłaszcza wtedy, gdy do wielkiej bolesności kręgosłupa przybyło zapalenie stawu kolanowego. W tym czasie przedstawiała się sprawa bardzo niejasno. Istota choroby rozjaśniła się zupełnie dopiero z tą chwilą, kiedy w dalszym przebiegu pojawiły się porażenia, najpierw w zakresie nerwów opuszkowych, później także rdzeniowych. Rodzaj porażeń był tak cechujący, że co do pochodzenia ich nie można było mieć żadnych już wątpliwości, trzeba je było położyć na karb zmian w tych częściach układu nerwowego, w których się mieszczą odżywcze komórki zwojowe dla mięśni. Bardzo korzystny przebieg choroby i względnie rychłe ustępowanie niedowładów mięśniowych uprawnia do wniosku, że rozmiary sprawy zapalnej nie były znaczne i nie wyłączały zupełnego, albo prawie zupełnego powrotu do stanu prawidłowego chorych części rdzenia kręgowego i rdzenia przedłużonego. Za temsamem przemawia zresztą także wynik badania pobudliwości elektrycznej mięśni, w którym brakuje objawów wyraźnego odczynu zwyrodnienia.

Przypadek III. Jozo L., wieśniak, wyzn. rzym.-kat., lat 45, z okolicy Sarajewa, przyjęty na oddział 8. lipca 1913.

Wywiady, podane przez towarzyszy, którzy chorego odwieźli do szpitala, bardzo niedokładne. Według opowiadania rozpoczęła się choroba przed 12 dniami wysoką gorączką z utratą przytomności. Po wyzdrowieniu podał chory, że po jednej stronie — po której, nie wie — wystąpiło przemijające porażenie. Widocznie utrata przytomności nie była trwała.

P r z y b a d a n i u dnia 9. lipca znaleziono: Chory stale niezupełnie przytomny, zupełnie bierny, jedynie tylko przy ucisku skóry i mięśni stęka i usuwa się. Na pytania albo zupełnie nie odpowiada, albo daje niezborne odpowiedzi. Mowa w wysokim stopniu utrudniona, bez dźwięku; odnosi się przy tem wrażenie, że język jest bezwładny i porusza się w ustach dopiero przy niezwykłym wysiłku. W zakresie nerwów ocznych zmian niema. Lewy kąt ust wyżej ustawiony, wyraźnego niedowładu n. twarzowego dostrzedz jednakże nie można. Wargi suche, język dość znacznie obłożony, zwłaszcza w środku i ku tyłowi. Błona śluzowa gardła okazuje zmiany nieżytowe średniego stopnia. Ruchy podniebienia miękkiego przy wydawaniu głosu słabe, powolne. W płucach nieżyt, ograniczony do dolnych części. W sercu zmian niema. Tętno około 100. Brzuch nieco wzdęty, zwłaszcza podbrzusze, skutkiem wypełnienia pęcherza moczowego, którego dno sięga prawie do pępka. Wątroba i śledziona nie macalne; śledziona, oznaczona przez opukiwanie, wydaje się wszakże powiększona. W układzie mięśniowym skrzyżowane zmiany w mięśniach kończyn. Mięsień dwugłowy ramienia prawego nie kurczy się prawie zupełnie po uderzeniu młotkiem opukowym, odczyn mięśni przedramienia po tejże stronie znacznie słabszy, aniżeli po przeciwnej. Bardzo słaby skurcz udaje się wywołać w mięśniach kończyny dolnej lewej; odruchu kolanowego po tej stronie niema. Dnia następnego, t. j. 10. lipca, stwierdzono lepszy nieco stan ogólny; chory mniej apatyczny, troszczy się nawet o siebie i o swoje zdrowie. Mowa tak samo, jak poprzednio, utrudniona. Prawy nerw twarzowy niedowładny. Zmiany w kończynie górnej prawej i dolnej lewej ustąpiły, natomiast pojawiły się w górnej lewej i dolnej prawej. Porażenie pęcherza trwa dalej. Mocz trzeba stale wypuszczać cewnikiem. Wypróżnienia jelit występują dopiero po wlewaniach do kiszki. Ciepłota ciała nieco niższa. Badanie krwi wykazuje znaczne zwiększenie ilości ciałek białych — 20.000. Stosunek poszczególnych rodzajów ciałek białych zmieniony na korzyść limfocytów. Naliczono: c. neutrochłonnych 52%, przejściowych 4%, limfocytów 40%, eozynochłonnych 4%. Płyn rdzeniowy jasny, zawiera niewiele limfocytów. 12. lipca zapisano o przebiegu choroby: Chory znacznie swobodniejszy. Ciepłota ciała, która w pierwszych dwóch dniach pobytu chorego na oddziale wahała się w granicach między 39·4° a 38° C., w trzecim zaś dniu między 38° a 36·9° C., opadła do stanu prawidłowego; tętno w godzinach rannych 68. Mowa jeszcze niezupełnie prawidłowa, ale znacznie łatwiejsza, aniżeli poprzednio. Niedowład n. twarzowego po stronie prawej ustąpił. Siła kończyn po obu stronach równa. Odruchy kolanowe zaledwo zaznaczone. Niedowład pęcherza zmniejszył się o tyle, że chory może już częściowo sam mocz oddawać; pęcherz nie wypróżnia się jednak zupełnie doszczętnie.

W ciągu dni następnych można było z dnia na dzień śledzić szybkie bardzo zdrowienie, nie przerwane żadną niespodzianką. Przy badaniu dnia 23. lipca przed wypuszczeniem chorego ze szpitala nie znaleziono żadnych zboczeń ani w zakresie nerwów czaszkowych, ani rdzeniowych. Stan ogólny był najzupełniej dobry.

Wobec zapatrywań o zejściu choroby Heine-Medina w sporadycznej jej postaci zasługuje ten przypadek na uwagę w wyższym jeszcze stopniu, aniżeli dwa poprzednie spostrzeżenia, tembardziej, gdy uwzględnimy wiek chorego. Stoi on w zupełnej sprzeczności z zasadą, według której porażenia ustępować mogą w pewnej tylko części. Niedowłady mięśni ustąpiły tu najzupełniej, tak, że mówić można było o idealnem wyzdrowieniu chorego. Zaznaczyć także należy, że porażenia były raczej tylko przelotnej natury i odznaczały się bardzo nieznacznem nasileniem. Najwyraźniejsze było porażenie pęcherza i utrzymywało się najdłużej. Niezwykle długo utrzymywała się u chorego wysoka ciepłota ciała. O ilebyśmy się opierali na wywiadach, trzebaby przyjąć, że gorączka trwała przeszło dwa tygodnie.

W obrazie krwi panowała wyraźna limfocytoza, poczytywana za jeden z cechujących objawów choroby Heine-

Medina. Natomiast ilość ciałek białych, znacznie wyższa od prawidłowej, stawiała przed oczy takie same wyniki badań krwi, wykonanych w jednej z epidemii w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, różne od wyników, otrzymywanych przez lekarzy europejskich, którzy zasadniczo spotykali się z leukopenią.

Przy porównaniu wszystkich tych trzech przypadków uderza pewne podobieństwo przebiegu choroby pod względem siedziby porażeń; w każdym zajęte były nerwy opuszkowe. W przypadku pierwszym i trzecim wystąpiło porażenie pęcherza. Mimowoli nasuwaćby się mogło przypuszczenie, że jest między nimi bliższa epidemiczna łączność. Przemawia wszakże przeciw temu przedewszystkiem ten szczegół, że zachorzenia rozdzielone są od siebie dość znacznym okresem czasu, a niemniej i ta okoliczność, że o jakiejkolwiek styczności między chorymi nie mogło być mowy. Zapytać wreszcie należy, dlaczego w najbliższem otoczeniu chorych ani przed ich zasłabnięciem, ani też później nie było przypadków tej samej choroby. To też uważać je trzeba za czysto sporadyczne zachorzenia. Jako takie nadają się one bardzo dobrze do tego, aby ze stanowiska klinicznego wskazać na zupełną zgodność objawów i przebiegu choroby w postaciach sporadycznych i nagminnych, a tem samem dostarczyć jednego dowodu więcej na poparcie twierdzenia, że obie te postacie są temi samemi jednostkami chorobowemi, że w obu przydarzać się mogą jednakowe obrazy, zarówno w okresie ostrym, kiedy nie ma jeszcze porażeń, jak i w okresie powstawania niedowładów. Zupełnie podobnem jest także i zejście choroby. I w sporadycznej postaci, nawet u dorosłych osób, spodziewać się można powrotu do zupełnego zdrowia.

O leczeniu choroby Heine-Medina powiedzieć można bardzo tylko niewiele. Leku swoistego nie posiadamy dotychczas, próby stosowania seroterapii zawiodły oczekiwania. Ograniczać się trzeba do leków nieswoistych. U naszych chorych stosowaliśmy dwa z nich: urotropinę i elektrargol. O ile działaniu ich przypisywać wolno korzystny przebieg choroby w tych przypadkach, nie sposób rozstrzygać. W drugim przypadku odnosiliśmy w każdym razie wrażenie, że stan chorego poprawiał się nieco.

W okresie porażeń stosowano kąpiele słone, miesienie i prąd elektryczny skombinowany, polecane już oddawna.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Luksch. **Nowsze badania nadnerczy.** (Prag. med. Woch. 1913 Nr 26). Najwięcej trujące dla innych zwierząt są nadnercza koni i wołów. Kora jest zwykle nie trującą, tylko substancya rdzeniowa. Zawartość adrenaliny w nadnerczu jest u człowieka większa zaraz po urodzeniu, niż w pierwszym roku życia, potem zwiększa się stale do 30. roku życia, pozostaje stałą do 60. r. ż., następnie zaczyna się zmniejszać. Przy przewlekłych chorobach zakaźnych, n. p. gruźlicy, dalej przy nowotworach i krwotokach mózgowych spotykamy zmniejszenie, przy zapaleniu nerek, wadach serca i zatorach tętnicy płucnej zwiększenie ilości adrenaliny. K.

Schwarz. **Pobudzenie wzrostu tkanek roślinnych i zwierzęcych przez promienie Röntgena.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 39). Utarło się zapatrywanie, że promienie Röntgena działają szkodliwie na wzrost młodych ustrojów. I tak jest rzeczywiście, jeżeli stosujemy je w dawkach większych. Natomiast, jak to wykazują doświadczenia autora na roślinach kiełkujących i zarodkach zwierzęcych, małe dawki promieni działają wprost odwrotnie, bo pobudzają młode tkanki do wzrostu. Tem też tłómaczyć sobie należy, że czasem leczenie promieniami Röntgena wywołać może nawet wzrost nowotworów, a także powstawanie raków u osób, zawodowo pracujących w rentgenoterapii. Co do dawki, potrzebnej do pobudzenia tkanek, to musi ona być bardzo małą, około $^1/_{12}$. Słabe naświetlania działają też korzystnie na rany ziarnkujące. K.

Katzenstein. **W sprawie powstawania wrzodu żołądka. Doświadczalne wywoływanie wrzodu.** (Arch. f. klin. Chirurg. 101. I). Przez niszczenie antypepsyny udaje się u zwierząt wywoływać typowe wrzody żołądka, przyczem najtrudniej goją się wrzody usadowione w okolicy odźwiernika. I tak wywołać można wrzody przez przypalanie lub ranienie ściany żołądka z równoczesnem wstrzykiwaniem kwasów do żołądka lub do obiegu krwi. Wrzód żołądka powstaje więc na tle mechanicznego uszkodzenia ściany, przyczem niema on tendencyi do gojenia się, gdy ilość pepsyny jest wzmożona, a antypepsyny zmniejszona. K.

Apolant. **O stosunku śledziony do czynnej odporności przeciw nowotworom.** (Zeit. f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther. 17 I). Z badań swoich i innych autorów dochodzi A. do wniosku, że śledziona odgrywa wielką rolę w odporności ustroju przeciw nowotworom. W samej śledzionie przerzuty nowotworów prawie nie występują. U zwierząt odpornych na szczepienie danego nowotworu przyjmuje się tenże po wycięciu śledziony. Podobnie udaje się zaszczepić zwierzętom po wycięciu śledziony mało złośliwe hodowle nowotworu, które zresztą u zwierząt prawidłowych nie przyjmują się. Również i inne doświadczenia przemawiają za tem, że śledziona pozostaje w ścisłej łączności z odpornością przeciw nowotworom. K.

Jungmann. **Zależność czynności nerek od układu nerwowego.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 32). W badaniach swych na zwierzętach starał się autor rozstrzygnąć sprawę zależności czynności nerek od układu nerwowego i doszedł do przekonania, że jest ona ścisłą. W mózgu wykazać można miejsce, którego uszkodzenie wywołuje stale zwiększenie się moczenia i zawartości soli, tak że nazwał je »Salzstich« na wzór nakłucia Cl. Bernarda, zwanego »Zuckerstich«. Tłomaczyłoby to nam powstawanie cukrzycy wrzekomej po urazach czaszki. Powiększenie ilości moczu dotyczy obu nerek i da się wywołać z każdej półkuli. Podobne objawy występują przy przecięciu nerwu trzewnego, ale tylko w odpowiedniej nerce. Miejsce do nakłucia wyszukiwał autor w ten sposób, że dochodził do IV komory i następnie cienkim nożykiem kataraktowym robił nakłucie powrózka obłego (funiculus teres) mniej więcej w tej wysokości, gdzie robak móżdżku przechodzi nad rdzeniem przedłużonym. K.

Prof. Ilvento. **Badania nad yoghurtem, używanym w Trypolisie.** (La Rif. med. Nr 26 1913). I., który badania swe prowadził podczas najazdu włoskiego na Trypolitanię, miał sposobność dostania tylko 2 rodzajów fermentu yoghurtu. Sposób, jakiego używają krajowcy w celu sporządzenia tego środka, zarazem leczniczego i odżywczego, jest następujący: Mleko gotuje się około $^1/_2$ godziny; po ostygnięciu do 40° C. wkłada się do niego zaczyn w ilości 2 łyżek kawowych na 1 litr mleka, poczem naczynie obwija się słomą lub wełną; po 3—5 godzinach mleko przedstawia jednolitą, miękką, skrzepłą masę o smaku i zapachu kwaskowatym. Część tego skrzepu, przechowywana w miejscu chłodnem, służy jako ferment przy następnem sporządzaniu yoghurtu. I. powtarzał ten sam zabieg w pracowni z pewnemi zmianami: 1 litr mleka gotował przez godzinę, po

ochłodzeniu dodawał 10 cm^3 fermentu yoghurtu i wstawiał do cieplarki przy ciepłocie 45° C. Po 3—6 godzinach skrzepnięcie mleka było zupełne; kwaśność obliczona na 100 cm^3 mleka wynosiła 99 cm^3 $^1/_{10}$ N ługu potasowego, z uwzględnieniem zaś tylko stałych kwasów (kwas mleczny) 92 cm^3 $^1/_{10}$ N. Badanie mikroskopowe i bakteryologiczne fermentu wykryło obecność czterech rodzajów drobnoustrojów. Pierwszy rodzaj z nich oznacza I. nazwą dwoinko-paciorkowców (diplostreptococci); są to dwoinki duże, owalne, ułożone na kształt ziarnek kawy, zwróconych do siebie płaską powierzchnią, czasem, zwłaszcza w hodowlach mlecznych, tworzą krótkie łańcuszki. Barwią się dobrze wszystkimi barwikami anilinowymi i sposobem Grama. Drugi rodzaj stanowią laseczniki długie, grube, na końcach zaokrąglone, układające się w długie nitki. Podobnie, jak poprzednie, barwią się wszystkimi barwikami anilinowymi i sposobem Grama. Laseczniki te ze względu na ich morfologię i zachowanie się w hodowlach, należy uważać za bardzo nieznaczną odmianę lasecznika bułgarskiego. Trzeci rodzaj drobnoustrojów, spotkanych przez I. w oryginalnym fermencie yoghurtu, przedstawiał typ lasecznika, zbliżony do prątka okrężnicy; prątek ten jest nieruchomy, sposobem Grama się odbarwia. Czwarty wreszcie i ostatni rodzaj stanowiły komórki drożdżowe, kształtu cylindrycznego z bocznymi lub końcowymi pączkami; okazują one skłonność do tworzenia niby-grzybni. Około 25% tych tworów zawiera zarodniki w środku, lub na końcu komórki. W bulionie z dodatkiem 4% cukru wytwarzają na powierzchni obfitą białawą warstwę, która po paru dniach opada na dno, a na jej miejsce powstaje nowa. Próby co do wywoływania przez nie fermentacyi alkoholowej były zawsze ujemne. Drugi rodzaj fermentu yoghurtu miał pochodzić z mleka, które samoistnie ulegało krzepnięciu i fermentacyi kwaśnej. Sposób przyrządzania yoghurtu zapomocą tego fermentu był na ogół takisam, jak i przy pierwszym; także i badanie bakteryologiczne wykazało obecność takichsamych 4 rodzajów drobnoustrojów. Ze ścisłych badań autora wynika, że ścinanie kazeiny i fermentacya kwaśna węglowodanów mleka zależy od działania dwoinko-paciorkowców i lasecznika bułgarskiego, zawartych w rozczynie yoghurtu. Prątek zaś o typie prątka okrężnicy i komórki drożdżowe mają prawdopodobnie jakieś znaczenie przy przechowywaniu fermentu, jednakże ani się nie rozwijają, ani też nie wywołują żadnej czynności fermentacyjnej przy 45° C, a więc w ciepłocie, w której właśnie odbywa się ścinanie i zakwaszanie mleka. Na ścinanie kazeiny i kwaśną fermentacyę wpływa złożone działanie lasecznika bułgarskiego i dwoinko-paciorkowców; ich symbioza ma wielkie znaczenie tak co do szybkości i nasilenia działania, jak i co do zachowania zdolności fermentacyjnej każdego z tych 2 rodzajów bakteryi. Samo zaś krzepnięcie kazeiny zależy prawdopodobnie od złożonego działania kwasu mlecznego, wytworu fermentacyi węglowodanów zawartych w mleku, i od działania jakiejś koagulazy, wydzielanej przez lasecznika bułgarskiego, a czynnej przy 45° C. w środowisku kwaśnem. Jako uboczne wytwory fermentacyi mlecznej, wywołanej fermentem yoghurtu, powstają lotne kwasy i w skąpej ilości alkohol etylowy. Otrzymanie czystej hodowli lasecznika bułgarskiego, którego wraz ze wspomnianymi dwoinko-paciorkowcami wykryto w Trypolisie także i w mleku naturalnem — jest dość trudne; najlepiej rośnie on w mleku przy 45° C, wyodrębnić zaś go najłatwiej na agarze z domieszką serwatki. Dr T. T.

Medycyna wewnętrzna.

Oberndorfer. **Kiłowe schorzenie aorty.** (Münch. med. Woch. 2913. 10). Aż do ostatnich czasów nie doceniano częstości zmian kiłowych aorty; autor znalazł na 1436 sekcyi w ostatnich $2^1/_2$ latach 99 przypadków kiły aorty, czyli 6·89%, a schorzenie to było przyczyną zejścia śmiertelnego właśnie w sile wieku. Ta częstość wymaga koniecznie, by możliwie wcześnie rozpoznawano kiłę aorty; wiele dopomaga nam do rozpoznania odczyn Wassermanna. Co się zaś tyczy leczenia, to w tych przypadkach salwarsan może oddać wielkie usługi. N.

Weichsel. **Niedokrwistość złośliwa kiłowa.** (Münch. med. Woch. 1913. 21). W jednym przypadku niedokrwistości złośliwej na pewnem tle kiłowem nastąpiła po leczeniu salwarsanem bardzo wyraźna poprawa; w podobnych więc przypadkach należy stosować ten środek leczniczy. N.

Weber. **Wstrzykiwania małej ilości krwi ludzkiej do żył w celu leczenia ciężkich niedokrwistości.** (Münch. med. Woch. 1913. 24). Autor, który już przed kilku laty polecał leczenie ciężkich niedokrwistości zapomocą małych ilości odwłóknionej krwi ludzkiej (około 5 cm^3), podaje w dalszym ciągu spostrzeżenia i dobre wyniki tego sposobu leczenia. Dla uniknięcia objawów odczynowych, które zawsze w niektórych przypadkach występują, zaleca W. krew odwłóknioną pozostawiać przez 24 godzin w lodowni przed wstrzyknięciem. Te małe przetaczania krwi przenosi autor nad przetaczanie większych ilości krwi, gdyż są o wiele mniej niebezpieczne, a odnoszą tensam skutek. N.

Siess i Stoerk. **Obraz krwi przy konstytucyi limfatycznej.** (Wien. med. Woch. 1913). Chociaż dotąd badania krwi w schorzeniach gruczołów limfatycznych przewlekłych i ostrych nie dawały właściwego, jednolitego obrazu, przecież wydawało się autorom rzeczą ciekawą stwierdzić, czy nie da się wykazać pewnych charakterystycznych zmian w obrazie krwi u tych ludzi, u których bez tła zakaźnego lub nowotworowego wzmaga się tkanka adenoidalna. Studya hematologiczne w stanie grasiczno-limfatycznym (status thymico-lymphaticus), dla którego charakterystycznem jest często bardzo znaczne zwiększenie tkanki limfadenoidalnej, dotąd stały odłogiem, choć tak częsta obecność czerwonego szpiku kostnego u limfatyków, oraz tak częste powikłanie limfatyzmu z bladnicą zwracały w tym kierunku uwagę. Wyniki autora są następujące: Ilości ciałek czerwonych nie różniły się wcale od ilości prawidłowych, wahały się między 3 a 5 milionami; to samo tyczy się ilości hemoglobiny wzgl. wskaźnika barwliwości. Ilość ogólna ciałek białych wbrew rozpowszechnionemu przekonaniu nie jest wcale nieprawidłowo nizką, tak że niema mowy o stałej leukopenii u limfatyków; także i bezwzględna ilość wielojądrzastych neutrofilów nie wykazuje stałej różnicy od ilości prawidłowych. Ilość limfocytów bywa względnie, a nie istotnie zwiększona; ilości bezwzględne limfocytów wynosiły w badaniach autorów rzadko ponad dwa tysiące. Wielkie ciałka jednojądrzaste i komórki przejściowe wykazują wartości prawidłowe, natomiast eozynochłonne dają bardzo nizkie cyfry. Płytki krwi znajdowano zawsze obficie. Dla stwierdzenia, jak zachowa się narząd krwiotwórczy limfatyka pod wpływem swoistych podniet, wstrzykiwali autorowie żelatynę według Decastella i Kriukowa i doszli do następujących wyników: Wzrost ilości krwinek neutrofilnych jest znacznie mniejszy, niż u człowieka zdrowego, spadek ilości limfocytów również mniejszy; ciałka jednojądrzaste i przejściowe oddziaływały u limfatyka podobnie, jak u człowieka zdrowego, choć pomnożenie ich wogóle wydawało się nieco mniejszem; na ciałka eozynochłonne i wielojądrzaste bazofilne wstrzykiwania wywierały mały wpływ. Autorowie, zbierając swe wyniki, dochodzą do przekonania, że obraz krwi u limfatyka nie różni się istotnie od obrazu prawidłowego; najznamienniejsze jest występowanie dużej ilości płytek i bardzo nizkie cyfry ciałek eozynochłonnych; wogóle niema ani wyraźnej leukopenii, ani bezwzględnej limfocytozy; tak granulocyty, jakoteż i limfocyty, oddziałują u limfatyka na zewnętrzne wpływy leniwiej, niż u człowieka prawidłowego. N.

Hauck. **Samorodny śmiertelny krwotok mózgowy u krwawca.** (Münch. med. Woch. 1913. 21). U krwawca, który w dawnych latach kilkakrotnie przebywał szczęśliwie

ciężkie krwawienie, wystąpił bez zadziałania jakiegokolwiek urazu śmiertelny krwotok mózgowy, który, sądząc z przebiegu i obrazu sekcyjnego, prawdopodobnie tworzył się z małych z początku i ograniczonych ognisk krwotocznych. Oczywiście wszelkie leczenie w tych razach jest bezskuteczne. N.

Herzfeld i Stocker. **Obecność kwasu moczowego w prawidłowej i patologicznej ślinie.** (Zentrblt. f. klin. Med. 1913. 30). Z badań autorów wynika, że zwiększenie ilości kwasu moczowego w ślinie stwierdza się prawie we wszystkich tych przypadkach, w których kwas moczowy występuje w ilości wzmożonej i we krwi. Stąd według zdania autorów polecenia godną jest rzeczą w tych przypadkach, w których nie można brać do badania krwi, badać kwas moczowy w ślinie. N.

Pal. **Badania doświadczalne i kliniczne nad działaniem papaweryny.** (Wien. med. Woch. 1913. 17). Wynik badań doświadczalnych autora streszcza się w zdaniu: Papaweryna obniża napięcie (tonus) mięśni gładkich. To działanie jest obwodowe i występuje, gdy np. poprzednio zwiększy się napięcie mięśni gładkich z pomocą środków, (trucizn) wzmagających napięcie. Autor spostrzegał to działanie papaweryny obniżające napięcie w całym przewodzie pokarmowym, następnie stwierdził je na mięśniach oskrzeli, dalej na mięśniach pęcherza moczowego i macicy (zwłaszcza po podaniu pituitryny i uzary); wpływu na pęcherzyk żółciowy jeszcze nie badał. Działanie na krążenie jest częścią przejściowe, częścią stałe i, jak wynika z badań onkometrycznych, powstaje ono wskutek rozszerzenia naczyń obwodowych, zwłaszcza naczyń trzewnych. Po wstrzyknięciu mieszaniny adrenaliny i papaweryny w stosunku 1:100 nie otrzymuje się wzmożenia ciśnienia. Papaweryna znosi również wpływ podniet czuciowych na ciśnienie oraz mięśnie gładkie podczas całego trwania swego działania. Niezależnie od obniżenia napięcia wywołuje papaweryna przyspieszenie tętna i usuwa niektóre postacie niemiarowości tętna, zwłaszcza toksyczne. Klinicznie okazała się papaweryna skuteczną 1) w stanie bronchospastycznym w dychawicy oskrzelowej na szczycie napadu, zastosowana zapomocą wstrzykiwań podskórnych, oraz poza napadami, podawana przez dłuższy czas wewnętrznie; 2) w stanach kurczowych w zakresie przewodu pokarmowego, a więc przy kurczu odźwiernika, oraz w stanach kurczowych jelit. Wielkie znaczenie ma papaweryna w związku z innymi środkami, na co zresztą wskazuje już jej rola w makowcu. Wpływ jej nie zaznacza się przez działanie czynnościowo przeciwnicze, przez co otrzymuje się skutek przytłumiający, regulujący. N.

Mehler i Ascher. **Przyczynek do chemoterapii gruźlicy. Próby z borcholiną.** (Münch. med. Woch. 1913. 14). Autorowie w próbach swych nad działaniem borcholiny (soli cholinowej) w gruźlicy doszli do następujących wyników: 1) Lecytyna i produkty rozpadu lecytyny (n. p. cholina) mają wielką siłę bakteryologiczną także i względem bakteryi gruźliczych, jak to zresztą wykryli Deycke i Much. 2) Produkt rozpadu lecytyny, cholina, jako sól dość luźnie związana, czyli t. zw. borcholina, może być stosowana bez szkody dla chorego nawet w stosunkowo dużych dawkach. 3) W ostrych przypadkach gruźlicy wywołuje borcholina typowy odczyn. 4) Próby lecznicze wykazały użyteczność borcholiny w gruźlicy. 5) Czy borcholina okaże się w dalszym ciągu dobrym środkiem przeciwgruźliczym, mogą stwierdzić dopiero dalsze badania. N.

Wagner. **Przyczynek do leczenia policytemii upustami krwi.** (Münch. med. Woch. 1912. 8). Upusty krwi, systematycznie stosowane, dają w leczeniu policytemii dobre wyniki, zmniejszając znacznie przedmiotowe bardzo przykre dolegliwości i sprawiając choremu znaczną ulgę. Systematyczne leczenie upustami krwi jest wskazane przy wtórnej hyperglobulii, o ile pierwotne schorzenie nie da się usunąć. Wynik pomyślny leży prawdopodobnie we wzmożeniu zawartości tlenu we krwi, przez co usuwa się część ciałek czerwonych krwi, służącą jako wyrównanie zmniejszonej zawartości tlenu. W pierwotnej natomiast policytemii, w której występuje zwiększenie zawartości tlenu we krwi, oraz wzmożona wymiana gazów, nie można spodziewać się po upustach krwi dobrych wyników, a nawet są one przeciwwskazane. N.

Fraenkel. **Środki uśmierzające kaszel i nowy środek kodeinowy.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Autor poleca parakodynę, dwuhydrokodeinę, w postaci proszku lub pastylek. Na mocy własnego doświadczenia twierdzi F., że parakodyna szybciej niż kodeina uśmierza kaszel, często już po kilku minutach. Działanie parokodyny trwa dłużej, niż dwa razy nawet silniejszej dawki kodeiny, ale już i w bardzo małych dawkach wywołuje parakodyna odurzenie, czego nigdy nie spotyka się przy zastosowaniu kodeiny. Podawać należy 3 razy dnia w dawkach 0,025 w postaci soli kwasu winnego. H. S.

Piotrowski. **Nowy odruch antagonistyczny.** (Now. lek. 1913 zesz. 4). Na podstawie własnych spostrzeżeń podaje autor odruch, spotykany w przypadkach organicznej choroby ośrodkowego układu nerwowego, a mogący mieć ważne znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza wtedy, gdy niema objawu Babińskiego, Oppenheima i innych. Uderzywszy w mięsień piszczelowy przedni spostrzegał P. albo 1) odruchowy zwrot i zgięcie grzbietowe nogi (odruch mięśnia piszczelowego przedniego), odruch, nie napotykany zwykle u ludzi zdrowych i nie będący odruchem patologicznym, a tylko z powodu zmiany swego charakteru stający się objawem chorobowym u cierpiących na organiczne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, albo 2) odruchowe zgięcie podeszwowe nogi (antagonistyczny odruch stopowy) nie napotykane u zdrowych, a którego obecność wskazuje na organiczną chorobę układu nerwowego. Wreszcie 3) spostrzegał P. odruchowe zgięcie podeszwowe palców (odruch antagonistyczny palców) który zdaje się stanowi objaw chorobowy podobnie, jak i poprzedni. H. S.

Glaessner i Kreuzfuchs. **Skurcz odźwiernika.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Na ruchy żołądka wpływa nietylko wydzielina samego żołądka, ale i części przewodu pokarmowego poza nim leżących, głównie zaś dwunastnicy. W warunkach prawidłowych, przy prawidłowej kwaśności soku żołądkowego i nieuszkodzonej dwunastnicy występuje zamknięcie odźwiernika z tą chwilą, gdy treść pokarmowa przejdzie do dwunastnicy. Jednocześnie napięcie ściany żołądka się zmniejsza, ruchy jego ustają. Z chwilą, gdy kwaśna treść zostaje w dwunastnicy zobojętniona, powracają znowu ruchy żołądka, a skurcz odźwiernika znika. Przy wrzodzie żołądka skurcz odźwiernika występuje natychmiast po wypełnieniu żołądka pokarmem i połączony jest z silnym bólem, co jest znamiennym objawem wrzodu żołądka. Przy schorzeniach dwunastnicy, dróg żółciowych czy trzustki występuje t. zw. spóźniony skurcz odźwiernika, połączony z bólem, bezpośrednio zaś po jedzeniu chorzy czują ulgę i na ból się nie skarżą. Bóle te są wywołane jedynie skurczem odźwiernika, nie zaś samą obecnością wrzodu; usunięcie operacyjne części odźwiernika usuwa bóle zaraz, i to trwale. Wprowadzenie kwasu solnego do żołądka nie wywołuje w warunkach prawidłowych żadnych zmian ruchowych. Jeżeli istnieje wrzód okrągły żołądka, to wprowadzony kwas solny wywoła bolesny odruchowy skurcz odźwiernika, o ile zaś wrzód był w dwunastnicy, to wzmaga się po wprowadzeniu HCl ruch robaczkowy i przyspiesza się opróżnienie żołądka z treści pokarmowej. A więc kwas sam przez się nie może wywołać skurczu odźwiernika; w grę wchodzi tu tylko stosunek kwaśności treści żołądka do zasadowości treści dwunastnicy. H. S.

Erne. **Badanie sprawności nerek zapomocą fenolosulfoftaleiny według Rowntree i Geraghty.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 10). Autor gorąro poleca metodę Rowntree-Geraghty badania sprawności nerek, ponieważ tę

metodę może łatwo wykonać nawet lekarz praktykujący w godzinie przyjęcia; metoda ta jest zupełnie nieszkodliwa. Wyniki można określać liczbami i łatwo można oznaczać zmiany zachodzące w sprawności nerki, czego inne metody nie pozwalają uczynić. Metoda ta wykazuje zaburzenia czynności wtedy, kiedy odczyn białka zawodzi. Przy zdrowych nerkach waha się granica wydzielania fenolosulfoftaleiny po wstrzyknięciu śródmięśniowem między 45% po pierwszej godzinie, a 70% po następnej godzinie. H. S.

Damask. **Przyczynek do leczenia gorączki w gruźlicy płuc.** (Wien. med. Woch. Nr 19 1913). Na podstawie półtorarocznego doświadczenia poleca D. wśródżylne wstrzykiwanie miedzi kolloidalnej (electrokuprol), jako bardzo skuteczne w leczeniu gorączki w gruźlicy płuc. Środek ten, stosowany w małych dawkach, wywołuje szybko spadek gorączki, jednocześnie wywiera wpływ skrzepiający na cały stan ogólny chorego. Zdaje się jednak, że korzystne przeciwgorączkowe działanie tego środka występuje tylko przy zakażeniu mieszanem, ogranicza się tylko do wywołania spadku gorączki, dotychczas bowiem nie udało się stwierdzić żadnych zmian w stanie fizycznym płuc. Leczenie miedzią kolloidalną wskazane jest w gruźlicy z wysoką gorączką. W przypadkach ze stanem podgorączkowym poleca D. stosowanie pigułek Hoedemakera, t. j. kombinacyi aspiryny i arsenu. Przeciwwskazanem jest podawanie ich przy skłonności do krwotoków, a w stanach podrażnienia stosowanie tego środka jest bezskuteczne. W przeciwieństwie do elektrokuprolu wywierają zwykle pigułki Hoedemakera wyraźny wpływ na miejscowe sprawy chorobowe, działają wzmacniająco, co uwidocznia się zwłaszcza w szybkim przyroście wagi chorego. H. S.

Pal. **Badania doświadczalne i kliniczne nad działaniem papaweryny.** (Wien. med Woch. 1913 Nr 17). Niesłusznem jest twierdzenie, że t. zw. dodatkowe alkaloidy w makowcu, a więc ciała grupy papeweryny nie wywierają swoistego działania. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że papaweryna obniża napięcie mięśni gładkich, działając obwodowo. Obniżenie to występuje tem wybitniej, jeśli mięśnie gładkie były poprzednio pobudzone przez morfinę, pantopon, muskarynę czy fizostygminę. P. stwierdził doświadczalnie działanie papaweryny na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego, pęcherza moczowego, oskrzeli i macicy. Papaweryna działa też na krążenie, wstrzyknięta śródżylnie obniża ciśnienie krwi, przyspiesza tętno i usuwa niemiarowość, zwłaszcza, o ile niemiarowość ta wywołana została zatruciem. Autor stosował papawerynę w celach leczniczych z pomyślnym wynikiem, a mianowicie: 1) w dychawicy oskrzelowej na tle skurczu oskrzeli, i to podskórnie na szczycie napadu, a wewnętrznie w przerwach między napadami; 2) wobec skurczu i podrażnienia w obrębie przewodu pokarmowego, a więc w kurczu wpustu żołądka, wymiotach uporczywych w ciąży, w wymiotach po zastosowaniu morfiny. Działanie nie jest zbyt długie. Na krążenie wpływa papaweryna, obniżając ciśnienie już w dawce 0.02—0,04 wewnętrznie, ale tylko, gdy poprzednio ciśnienie krwi było bardzo wysokie. P. poleca też stosowanie papaweryny w leczeniu morfinizmu. Działanie papaweryny w połączeniu z innemi ciałami, jak to ma miejsce w makowcu, nie polega na wspieraniu morfiny, ale raczej ma ona znaczenie niejako regulujące i łagodzące. H. S.

Sprawy Towarzystw naukowych

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy

Posiedzenie w dniu 7. VII. 1913 r.

1) Czł. Nap. Cybulski przedstawia pracę własną p. t.: **Prądy czynnościowe nerwów i ich zależność od ciepłoty.** Na podstawie doświadczeń, wykonanych za pośrednictwem galwanometru strunowego, autor dochodzi do wniosku, że w nerwach podczas przenoszenia się stanu czynnego, podobnie jak w mięśniach, zjawia się prąd, który jednakże tem od niego się różni, że posiada tylko jedną fazę, mianowicie występuje tylko jako prąd adterminalny, fazy zaś drugiej galwanometr wcale nie okazuje. Prąd ten trwa bardzo krótko (0·0025—0·0030″ w ciepłocie pokojowej 18°). Dalsze badania wykazały, że czas trwania prądu zależy od ciepłoty i zmienia się ściśle według wzoru, podanego dla reakcyi chemicznych przez van't Hoffa i Arrheniusa, co stwierdza teoryę zależności prądu czynnościowego od zmian chemicznych.

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. Zenona Wierzchowskiego p. t: **Studya nad działaniem maltazy na skrobię.** Wychodząc z założeń prof. Syniewskiego o budowie skrobi, autor zbadał przebieg hydrolizy skrobi kartoflanej przy pomocy maltazy z ziarn kukurydzy. Wyniki tych badań są następujące: Stwierdzono, że kukurydza zawiera znaczniejsze ilości łatwo rozpuszczalnej diastazy; dawniejsi badacze posługiwali się zatem mieszaniną dwóch enzymów. Sama maltaza, jako trudno rozpuszczalna, w małych tylko ilościach przechodzi do wyciągów wodnych. Preparaty, które autor otrzymywał przez wytrącanie alkoholem, zawierały ślady maltazy, a znaczne ilości diastazy, zwłaszcza wobec niszczącego wpływu alkoholu na pierwszy enzym. Do badań hydrolizy skrobi użyto zatem mączki z ziaren kukurudzy, dokładnie wyługowanej wodą celem usunięcia diastazy. Ta mączka zawierała prawie wyłącznie maltazę, diastaza pozostała tylko w śladach. Tak oczyszczona mączka kukurydzana scukrzała skrobię powoli w sposób charakterystyczny. Oddziaływania na pewne tylko wiązania w cząsteczce skrobi, jak tego można było spodziewać się na podstawie teoryi Syniewskiego, nie stwierdzono. Według tej teoryi, w procesie scukrzania maltazą, jeśliby ona była t. zw. p-diastazą, musiałby następować zastój lub znaczne zwolnienie z chwilą powstania około 40% glukozy. Produktem scukrzenia obok glukozy powinna być określona dekstryna. Tymczasem scukrzanie miało odmienny przebieg. Jego krzywa nie okazywała nigdzie przegięcia. Od początku powstawała glukoza i przez cały przebieg procesu, który doprowadzono do rozkładu $^3/_4$ części ukrytej skrobi, ona była jedynym produktem hydrolizy skrobi. Nie stwierdzono tworzenia się pośrednich produktów t. j. dekstryn. Przez cały przebieg scukrzania rozczyn barwił się jodem na niebiesko, gdyż w rozczynie, obok glukozy, znajdowała się niezmieniona jeszcze, rozpuszczalna skrobia. Wniosek stąd jest następujący: Maltaza z ziarn kukurydzy odrazu z jednakową szybkością rozszczepia wszystkie wiązania w cząsteczce skrobi, tak że ona rozpada się wprost na podstawowe elementy, cząstki glukozy. Maltazie więc, jako enzymowi, który dokładnie skrobię hydrolizuje, przysługuje przedewszystkiem nazwa amylazy.

3) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. Józefa Zająca p. t.: **Badania nad wytwarzaniem się mechanizmów skojarzeń.** Autor badał powstawanie mechanizmów skojarzeń w następujący sposób: Osoba badana musiała uczyć się zestawień po dwa wyrazy. Kiedy zestawienia zostały zapamiętane, odbywano seryę wolnych kojarzeń, wtrącając pomiędzy podniety wyrazy z uprzednio nauczonych zestawień. Analiza porządku zapamiętywania zestawień, rezultatów jakościowych kojarzenia wolnego, a przedewszystkiem analiza czasów reakcyi, które stają się miarą sprawności mechanizmów skojarzeń, ustaliła fakty następujące: 1) Łatwiej zostają spamiętane zestawienia spotykane w życiu, niż niespotykane. 2) Łatwiej kojarzy się zgodnie z porządkiem przeżywania, niż w porządku odwrotnym. 3) Jeżeli przy wolnych kojarzeniach reakcye na podniety, pochodzące z wyuczonych zestawień, utrzymują się, czas reakcyi bywa przykracany. 4) W razie zmiany w wolnem kojarzeniu wyrazu wyuczonego na wyraz nowy, czas reakcyi przedłuża się. 5) Reakcye na podniety afektywnie nieobojętne zmie-

niają się przy wolnem kojarzeniu w ten sposób, by wyraz podniety połączony z wyrazem skojarzonym stwarzały sytuacyę pożądaną dla kojarzącego. 6) Błędy przy odtwarzaniu pamięciowem zestawień afektywnie nieobojętnych są też wyrazem dążności do zaspokojenia pragnień.

4) Czł. Ad. Beck przedstawia pracę p. W. Boguckiej p. t.: **Wpływ podniet afektywnych na czas rozpoznania.** Doświadczenia p. Boguckiej ustalają stosunek czasu reakcyi rozpoznawczej do czynników mogących wpływać na wahania tego czasu. Statystycznie stwierdzono, że najwybitniej zaznacza się wpływ dwóch czynników: 1) aktualności wyobrażenia, które ma być rozpoznane jako określona kategorya, 2) afektywnego zabarwiania tegoż wyobrażenia. Pierwszy czynnik przyśpiesza, drugi hamuje reakcyę. Między podnietami afektywnemi wyróżniono podniety związane z przeżyciami afektywnemi nieodreagowanemi, oraz podniety zespołów uczuciowych odreagowanych, t. j. uczuć znajdujących normalne ujście w życiu. Zahamowanie reakcyi dawały tylko pierwsze. Analiza osób badanych wykazała, że tylko przeżycia afektywne nieodreagowane zawierały u osób badanych pierwiastek silniejszej wzruszeniowości. Stąd wniosek, że zahamowanie reakcyi zależy od wzruszenia. Ograniczając (jak każdy proces afektywny) uwagę samorzutną do wyobrażenia, które je wywołało, wzruszenie hamuje wysiłek, dążący do odwrócenia uwagi na wykonanie reakcyi i wskutek tego następuje przedłużenie tej ostatniej. Przez analogię wykonano też analizę czasu reakcyi przy doświadczeniach skojarzeniowych.

5) Czł. St. Bądzyński przedstawia pracę p. Jerzego Brunnera p. t.: **O odporności czerwonych ciałek krwi.** Autor podaje wyniki doświadczeń w następujących przedmiotach: 1) Hemolityczne własności saponiny względem ciałek czerwonych niektórych zwierząt i antyhemolityczna zdolność surowicy krwi tych zwierząt; 2) wpływ upustów krwi na odporność ciałek czerwonych i na antyhemolityczne własności surowicy; 3) odporność ciałek czerwonych wobec wysokiej ciepłoty w stanie zdrowia i choroby u człowieka i zwierząt. Wyniki są następujące:

I. 1) W 37° C. hemoliza następuje znacznie prędzej, aniżeli w 21° C.; maximum działania osiągane bywa już po 30 minutach (w 37° C.). 2) 0·05 ciałek mytych rozczynem fizyologicznym ulega rozpuszczeniu w rozczynie saponiny różnego stężenia w zależności od rodzaju zwierzęcia, jak następuje: królicze w rozczynie 1:22200 do 1:33300, baranie w rozczynie 1:13300 do 1:20000, psie w rozczynie 1:20000, ludzkie w rozczynie 1:57000; hamujące własności surowicy (względem 1 dawki rozpuszczającej saponiny) wyrazić można w liczbach następujących: królicza 0·05 do 0·4, barania 0·2 do 0·35, psia 0·15, ludzka 0·05. 3) Ciałka krwi zarodków świńskich posiadają ten sam stopień odporności, jak ciałka zwierząt dorosłych; surowica zarodków nie posiada własności antyhemolitycznych.

II. 1) Upusty krwi zwiększają wybitnie odporność ciałek czerwonych względem saponiny i względem rozczynów hypotonicznych. 2) Własności antyhemolityczne surowicy pod wpływem upustów nie ulegają stałym zmianom.

III. 1) Badania porównawcze odporności ciałek względem wyższej ciepłoty pozwalają ułożyć następujący szereg w porządku wzrastającej odporności: świnka morska, kot, kura, królik, człowiek, kaczka (= gołąb = gęś), indyk, świnia, kozioł, cielę, baran, wół. 2) Surowica świnki morskiej i człowieka chronią ciałka od działania ciepła. 3) Mycie ciałek i przechowywanie w chłodzie nie wywierają wpływu na ich odporność względem ciepła. 4) Rozczyny hypotoniczne osłabiają, hypertoniczne nie wpływają na odporność ciałek. 5) Alkohol i formalina nawet w najmniejszej dawce osłabiają odporność ciałek (in vitro). 6) Głodzenie i duże dawki alkoholu zwiększają odporność ciałek. 7) Chloroform i zasady osłabiają odporność ciałek.

6) Sekretarz zawiadomił, że d. 29. maja, 10. czerwca i 24. czerwca 1913 odbyły się pod przewodnictwem prof. N. Cybulskiego posiedzenia Komisyi antropologicznej, na których m. i. prof. Talko-Hryncewicz przedstawił pracę o szczątkach ludzkich, znalezionych na Żmudzi, wykazując, że mamy tutaj pierwsze wiadomości o kościach ze starożytnych cmentarzysk w tym kraju, a sekretarz Komisyi p. S. Udziela przedstawił rozporządzenie Rady szkolnej krajowej z dnia 7 kwietnia 1913 r., którem polecono nauczycielom w całym kraju spisać środki żywienia się, używane obecnie przez ludność, w celu opracowania planów nauki dla wiejskich szkół gotowania. Ponieważ spisy te będą zawierały bardzo cenny materyał do studyów nad sposobem odżywiania się ludności, tem bardziej, że obejmują kraj cały, przeto referent wnosi, aby prosić Radę szkolną o odstąpienie całego tego materyału Komisyi antropologicznej Akad. Umiej. po zrobionym przez siebie użytku dydaktycznym. Wniosek przyjęto, nadto uchwalono wybrać Komitet, złożony z przewodniczącego, prof. Ciechanowskiego i sekretarza Udzieli; kwestyonaryusz, wydany przez Radę szkolną, o którym wyżej mowa, komitet ten ma uzupełnić w celach naukowych, następnie przedstawić go Radzie szkolnej z prośbę o ogłoszenie i o wezwanie nauczycieli do zebrania dalszych materyałów, odnoszących się do żywienia się ludności.

(Oprócz tego przedstawiono na posiedzeniu Wydziału kilkanaście prac z zakresu innych nauk przyrodniczych).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 25. VI. 1913.

Przewodniczący: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 63.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes powitał jako gościa kolegę Wiercińskiego z Petersburga.

3) Kol. prof. Krzyształowicz przedstawia **chorych, leczonych promieniami radu.** Omawiając działanie promieni α, β i γ, opisuje K. zalety nowych przyrządów francuskich (à sels collés fabryki Armet de Lisle), w porównaniu do dotąd używanych sposobów (sól radowa w rurce szklanej lub metalowej). Znaczny postęp stanowi również stosowanie przez Wickhama i Degraisa zasłon z glinu (aluminium) lub ołowiu, zatrzymujących promienie, α, miękkie β a nawet średnie β i umożliwiające przez to, zależnie od ich grubości, stosowanie promieni twardych β i γ bez wywoływania powierzchownych odczynów. W przypadkach nabłoniaków (4 przyp. przedstawione) przez naświetlanie 2-3-godzinne przyrządem odpowiedniej siły i przy użyciu raz ekranu pewnej grubości, to znowu bez żadnej zasłony, uzyskać można w paru tygodniach zupełne wyleczenie, nawet bez wywołania odczynu. Większej ostrożności w dawkowaniu wymagają naczyniaki wyniosłe (2 przypadki), a szczególnie naczyniaki płaskie (2 przyp.), gdyż w tym razie zależy na usunięciu rozszerzonych naczyń po pozostawieniu blizny. Natomiast znacznej siły promieni, nawet powierzchownych, wymagają brodaweczki barwikowe (naevus pigmentosus) (3 przyp.), szczególnie zaś owłosione i ze zgrubiałym naskórkiem, bo w tych przypadkach musi się wywołać wyraźny odczyn. — Odczyn występuje zazwyczaj w 8—10 dni po naświetlaniu, a nasilenie jego zależy od siły przyrządu, długości trwania naświetlania i od użytych zasłon. Najczęstszą postacią jest obrzęk, zaczerwienienie i wysięk surowiczy w różnej ilości, zasychający w liszajcowaty strup. Po długiem działaniu promieni powierzchownych może wystąpić nawet zgorzel głębsza. Odczynu brak, gdy stosujemy odpowiedniej grubości zasłony, zatrzymujące promienie miękkie, a przepuszczające tylko twarde, które mogłyby wywołać zgorzel tkanki, ale po bardzo długim czasie. Obok tego można mówić również do pewnego stopnia o odczynie swoistym, który występuje w niektórych tkankach zmienionych po takich dawkach,

które w skórze zdrowej nie wywołują jeszcze objawów, albo bardzo nieznaczne.

W dyskusyi przemawiali kol. Steuermark, Seńkowski i Krzyształowicz.

4) Kol. Landau przedstawia dwa przypadki, należące do grupy tak zwanych **dziedzicznych zwyrodnień** (heredo-degeneratio) **ze stanami kurczowymi.** Są to dwaj bracia, urodzeni z tychsamych rodziców. Starszy liczy lat 12, młodszy 10. Poza miernym alkoholizmem u rodziców, którzy są zresztą zupełnie zdrowi (L. przeprowadził badanie u obojga), nie można było wykazać dziedzicznego obarczenia w żadnym kierunku; podobnej choroby miał nikt w rodzinie nie przechodzić. Starsze i młodsze rodzeństwo jest aż do obecnej chwili zupełnie zdrowe. Obaj chorzy urodzeni na czasie. Poród lekki, siłami natury. Rozwijali się prawidłowo, we właściwym czasie zaczęli ząbkować, chodzić i mówić. Żadnych chorób gorączkowych nie przechodzili.

Obecna choroba rozpoczęła się u obu chorych w 4. roku życia od osłabienia kończyn dolnych. Nogi stawały się coraz sztywniejsze, chód coraz bardziej utrudniony. Mniejwięcej w rok po rozpoczęciu się choroby pojawiło się u starszego osłabienie kończyn górnych, tak że nie mógł już niemi tak sprawnie władać, ani też w nich utrzymać przedmiotów, a równocześnie z tem zaczął coraz mniej wyraźnie mówić i zachłystywać się przy spożywaniu pokarmów płynnych. Pod koniec drugiego roku trwania choroby przestał zupełnie mówić, zachłystywanie się było wybitniejsze, a osłabienie tak się wzmogło, że nietylko nie mógł stać o własnych siłach, ale nawet nie mógł unieść się z posłania i usiąść. I u młodszego chorego pojawiły się w drugim roku trwania choroby wybitne zaburzenia mowy, mówił coraz mniej wyraźnie. Niema jednak i nie było nigdy zachłystywania się, ani też żadnego osłabienia kończyn górnych. Zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca u obu chorych nie było i niema. Pod względem psychicznym mają być nieźle rozwinięci i rozumni.

Badanie fizyczne wykazało u starszego: Chory leży prawie zawsze bez ruchu, posługuje się tylko od czasu do czasu rękami, i to bardzo niezgrabnie Twarz, w której brak wszelkiej mimiki, sprawia wrażenie nieruchomej maski. Jedynie tylko czoło silnie pomarszczone, poza tem twarz zupełnie wygładzona. Szczęka dolna nieco opuszczona, ślinotok. Wszelkie ruchy mimiczne wykonywa mniej sprawnie i mało wydatnie. Języka nie może wysunąć poza zęby. Zresztą jednak niema żadnych zmian w zakresie nerwów czaszkowych, nigdzie niema zaników mięśniowych, ani drżenia włókienkowego, odruch gardłowy i podniebienny bardzo żywy i wybitny. W zakresie kończyn górnych i dolnych napięcie mięśni i odruchy silnie wzmożone. Objaw Babińskiego obustronnie. Ruchy czynne w zakresie kończyn dolnych zupełnie zniesione, w zakresie kończyn górnych upośledzone, i to przedewszystkiem w garstkach i palcach. Kończyny dolne silnie doprowadzone z powodu przykurczeń w grupach mięśni przywodzących udo. Obustronna stopa końskoszpotawa. Zaburzeń czucia niema. Stanie i chód, jak również i przechodzenie o własnych siłach z pozycyi leżącej w siedzącą zupełnie niemożliwe. Chory nic nie może mówić. Słyszy jednak i rozumie wszystko, wszelkie zlecenia wykonywa, a na pytania odpowiada nieznacznym ruchem głowy, raz przeczącym, raz potakującym.

U młodszego chorego wykazało badanie fizyczne zupełnie podobne zmiany w zakresie kończyn dolnych, jak u starszego, tylko w mniejszem nasileniu. Tak np. ruchy czynne do pewnego stopnia zachowane, chód przy opieraniu się o przedmioty możliwy, ale powolny, na końcach palców i zewnętrznym brzegu stopy, z równoczesnem ocieraniem się jednego uda o drugie. Kończyny górne nie zajęte, ruchy tułowia zachowane. Głowa i nerwy czaszkowe, jak u starszego, tylko mimika nieco zachowana, niema opuszczenia szczęki dolnej, ani też ślinienia. Mowa opuszkowa, bardzo niewyraźna, o odcieniu wybitnie nosowym i zatarta.

Badanie inteligencyi napotykało na bardzo duże przeszkody z powodu trudności porozumiewania się z chorymi. O ile jednak z badania tego, jak i z zachowania się chorych wnosić można, jest u nich pewne upośledzenie inteligencyi, o ile uwzględnimy wiadomości chorych w stosunku do ich wieku. Trudno jednak odpowiedzieć na pytanie, czy owe zaburzenia inteligencyi są tu tylko następstwem tego, że chorzy ci wychowują się na wsi wśród otoczenia mało inteligentnego, przywiązani z powodu swej choroby od 5. roku życia do łóżka i pozbawieni tak ważnego środka do kształcenia się, jakim jest mowa, nie mogli pójść naprzód w swoim rozwoju psychicznym, czy też mamy tu upośledzenie władz umysłowych, spowodowane niemożliwością przyswajania sobie wiadomości wskutek rozległych zmian korowych w mózgu, z jakiemi spotykamy się w różnych porażeniach dziecięcych.

Co do rozpoznania, to ono nie może w tym przypadku nasuwać żadnej trudności. Bo jakkolwiek każdy z tych przypadków przypomina chorobę Littlea, to jednak ze względu na pojawianie się tej choroby u dwojga rodzeństwa w tymsamym wieku, ze względu na postępujący rozwój choroby aż do pewnego czasu i zatrzymanie się jej na pewnym stopniu rozwoju, jak wreszcie i ze względu na dziwny zespół objawów klinicznych, należy tu raczej myśleć o tak zwanej heredodegeneracyi ze stanami kurczowymi.

Tła anatomicznego tej sprawy nie da się określić, a to dlatego, ponieważ w przypadkach sekcyonowanych tej choroby różni autorzy różne spotykali zmiany, tak, że nie można z obrazu klinicznego wnosić o rodzaju i rozległości zmian anatomo-patologicznych. Co do leczenia, to L. uważałby za wskazaną operacyę Förstera lub Stoffla u młodszego chorego, natomiast nie uważa za odpowiednie operowania starszego, ponieważ zmiany są już za daleko posunięte (tułów), wobec czego usunięcie stanów spastycznych w kończynach dolnych nie umożliwiłoby mu jeszcze możności poruszania się o własnych siłach. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierali głos a) Prof. Kader, który sądzi, że leczenie chirurgiczne tylko w drugim przypadku może mieć jakieś widoki, pierwszy zgoła nie nadaje się do leczenia operacyjnego. — b) Doc. Mazurkiewicz co do pierwszego przypadku jest zapatrywania kol. Landaua i Kadera, co się zaś tyczy drugiego, sądzi, że zabieg operacyjny również wielkich nadziei nie rokuje, a to wskutek daleko posuniętych zmian, zachodzących we władzach umysłowych, które M. uważa za wynik spraw patologicznych, toczących się w substancyi korowej. — e) Kol. Borzęcki zapytuje prelegenta, czy rzeczywiście tak daleko posunięte zmiany mogą być wywołane obciążeniem alkoholicznem, wykazanem u rodziców. — d) Kol. Landau, w odpowiedzi kol Borzęckiemu zaznacza, że co do alkoholu jako przyczyny tej choroby, musi podnieść, iż wspominając o alkoholizmie u rodziców chorych, nie myślał bynajmniej przypisywać mu jakiegokolwiek znaczenia etyologicznego dla rozpoznawanej przez siebie sprawy chorobowej. Choroba ta bowiem, jak zresztą i wszystkie inne, należące do grupy tak zwanych heredodegeneracyi, a zatem dystrophia m. progressiva, choroba Thomsena, myoklonia i inne, jest przedewszystkiem chorobą, dziedziczącą się jako taka. I mimo, że nikt z rodziny nie miał przechodzić podobnej choroby, nie można wyłączyć heredodegeneracyi w przypadkach przedstawionych, ponieważ choroby te często przeskakują jedną lub dwie generacye, pojawiając się dopiero w trzeciej lub nawet czwartej. Co do władz umysłowych u obu chorych, to L. zaznacza, że pewne ich upośledzenie jest niewątpliwe i że w tem zgadza się z wywodami kol. Mazurkiewicza. Lecz nie chodziło referentowi tyle o stwierdzenie tego pewnego upośledzenia psychicznego, ile o podniesienie swoich wątpliwości co do

tego, czy to, w każdym razie nieznaczne upośledzenie położyć należy na karb daleko idących zmian korowych, czy też uważać je za następcze upośledzenie władz umysłowych, jako następstwo niekorzystnych warunków rozwoju (środowisko, ciężkie upośledzenie fizyczne, brak mowy). Otóż tego zdaniem referenta łatwo rozstrzygnąć nie można, a przytoczone przez kol. Mazurkiewicza na dowód organicznego upośledzenia władz umysłowych zaburzenia mowy, które jako afatyczne wskazywały niewątpliwie na rozległe zmiany korowe, — są zdaniem referenta pochodzenia opuszkowego, a może korowego. W każdym razie przedstawieni chorzy, dla niemożności porozumiewania się i braku swobodnych ruchów, sprawiają wrażenie bardziej upośledzonych pod względem umysłowym, aniżeli to jest w rzeczywistości, za czem przemawia ściślejsza obserwacya chorych i badanie ich władz umysłowych metodami, dla tego badania dającemi się w tych przypadkach użyć.

5) Kol. Rogalski przedstawia przypadek **guza mózgu w obrębie mostu Varola**. Chory Z. H., lat 45, z zawodu murarz, zgłosił się do kliniki chorób nerwowych dnia 9. V. 1913, skarżąc się, że od 6 miesięcy chodzi jak pijany, a od 5 miesięcy ma uczucie ścierpnięcia w lewej połowie ciała (głowa, kończyna górna, tułów). — Co do obarczenia dziedzicznego należy podnieść, że matka chorego zmarła na chorobę płucną. Chory sam miał być w dzieciństwie zdrów, w 19. r. życia przechodził wrzód twardy, w 25 r. zapalenie lewego ucha i od tego czasu gorzej słyszy, w 26 r. chorował na piersi, przyczem pluł krwią, w 41 r. operowany z powodu ropnia okołoodbytniczego i przetoki. Po operacyi - (cięcie po stronie lewej przy odbytnicy), — miał wystąpić silny obrzęk lewego jądra i lewego sutka, co później częściowo ustąpiło, do dziś dnia jednak się utrzymuje.

Obecna choroba od roku; rozpoczęła się przygnębieniem, bezsennością i bólami głowy, ale niezbyt silnymi i bez wymiotów. Po 4 miesiącach wystąpiły zawroty głowy, zwiększające się przy nagłych zwrotach i podwójne widzenie, zwłaszcza rano i przy szybkiej zmianie ustawienia gałek ocznych. Mniej więcej w tym samym czasie zauważył chory, że ma twarz ku stronie lewej wykrzywioną i że lewa połowa ciała jest ścierpnięta, równocześnie jednak więcej wrażliwa.

Przy badaniu stwierdził prelegent następujące objawy: Porażenie nerwu twarzowego prawego w zakresie wszystkich gałązek z częściowym odczynem zwyrodnienia na prąd elektryczny; zupełne porażenie prawego nerwu odwodzącego gałkę oczną; obustronne zapalenie nerwów wzrokowych, przechodzące w zanik, zwłaszcza po stronie prawej — (rozp. kliniki okulist.), obustronne znaczne upośledzenie słuchu, wybitniejsze po stronie lewej. (perforatio sine membr. tymp. dextra, prt. otit med. sanat; otit. med. supp. chron. sin., granulationes, caries. — rozp. klin. otyatr.) — W kończynach górnych: obustronnie żywość odruchów, podczas chodzenia chorego kończyna lewa jest znacznie mniej ruchoma, niż prawa. Odruchy brzuszne obustronnie bardzo słabe mimo jędrności powłok brzusznych. W obrębie kończyn dolnych: obustronnie żywość odruchów kolanowych i Achillesowych, przyczem L > Pr. Odruchy podeszwowe zmienne: raz jako dodatni lewostronny objaw Babińskiego, drugi raz jako lewostronny odruch wachlarzowaty. Odruch goleni (Oppenheima) raz po stronie prawej, raz po lewej dodatni, odruch Strümplla obustronnie dodatni L > Pr. Przy staniu na jednej nodze i zwrotach chwianie się silniejsze ku stronie lewej. Badanie czucia wykazuje lekkie wzmożenie wrażliwości na wszystkie rodzaje czucia w lewej połowie ciała i całej dolnej prawej kończynie. W narządach wewnętrznych lewostronne zrosty opłucne i zapalenie nerek. Odczyn Wassermanna z krwi daje wynik niepewny, z płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny (zakład weter.). Ciśnienie przy przekłuciu lędźwiowem 35 mm. słupa rtęci; badanie cytologiczne płynu wykazuje stosunki prawidłowe (klin. pedyatr.) — Stwierdzamy zatem u chorego prawostronne porażenie nerwu twarzowego i odwodzącego, a lewostronne w zakresie kończyny górnej i dolnej; zaznaczyć jednak należy, że i prawe kończyny, zwłaszcza dolne, są lekko zajęte.

Przyczyną tego skrzyżowanego porażenia jest według referenta najprawdopodobniej ognisko chorobowe, leżące w moście Varola, które zajmuje jądro lub korzonki (raczej te drugie) prawego VI i VII nerwu mózgowego, powrózki piramid przed ich skrzyżowaniem i dotykające prawdopodobnie dróg czuciowych. O naturze tego ogniska trudno coś pewnego powiedzieć. Statystycznie spotykamy się w miejscu tem najczęściej z glejakami i guzami gruźliczymi. Za tą ostatnią etyologią przemawiałaby gruźlica płuc, jaką u chorego stwierdzamy i ropień okołoodbytniczy, który nierzadko jest pochodzenia gruźliczego. Liczyć się trzeba jednak i z trzecią możliwością. Chory przechodził kiłę, możemy więc również przypuścić obecność kilaka. Cofanie się niektórych objawów chorobowych, a mianowicie zmniejszanie się porażenia nerwu twarzowego, jakie można było stwierdzić w dalszym przebiegu choroby, przemawiałoby według referenta za pochodzeniem kiłowem guza.

Dr J. Zubrzycki, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie warszawskie

Posiedzenie kliniczne d. 24 czerwca 1913 r.

1) Mutermilch Stanisław i Rzętkowski K. **Hodowla tkanek in vitro.** Omówiwszy we wstępie pierwsze udatne próby hodowania techniki in vitro (Harrison, Burrows) podał Mutermilch szczegółowy opis techniki hodowania tkanek zwierzęcych metodą Carrela na płytkach Gabryczewskiego, a więc sposób krajania badanych narządów na drobne kawałki 0,5—1 mm, otrzymywanie osocza i t. p. Techniką tą posiłkowali się prelegenci we własnych badaniach. Większość badań, dokonanych przez prelegentów, przeprowadzona została z narządami (serce, skóra, chrząstka, śledziona, wątroba i t. d.) płodów, oraz dorosłych zwierząt ssących (myszy, świnek morskich i królików); dopiero w ostatnich czasach dzięki pozyskaniu wylęgacza Sartoriusa autorowie mogli wykonać również kilka doświadczeń na płodach kury i gęsi. Badano tkanki umieszczone w osoczu bądź autogenicznem, t. j. pochodzącem od tego samego zwierzęcia, bądź homogenicznem (tego samego gatunku zwierzęcego), bądź heterogenicznem (innego gatunku zwierzęcego). Po pewnym okresie, t. zw. okresie utajenia (kilka godzin do kilku dni) spostrzegamy właściwy wzrost tkanek, polegający na zjawieniu się wokoło zasianych kawałków tkanki mniej lub więcej licznych komórek wrzecionowatych, promienisto rozchodzących się i połączonych ze sobą zapomocą krótkich, lub długich wyrostków. Po kilku dniach wzrostu następuje zwyrodnienie tłuszczowe nowopowstałych komórek i obumieranie zasianych kawałków. Przenosząc co kilka dni zasiane kawałki na świeże osocze po uprzedniem ich wypłukaniu w płynie Ringera, można znacznie przedłużyć życie zasianych kawałków. Carrelowi udawało się zachować przy życiu niektóre hodowle tkanki łącznej nawet do półtora roku.

Z badań prelegentów wynika zgodnie z innymi badaczami, że najlepiej rosną (najkrótszy okres utajenia, szybki wzrost) kawałki tkanek zarodkowych w osoczu autogenicznem, wolniej rosną tkanki płodowe w osoczu heterogenicznem; najgorszy wzrost wykazują tkanki zwierząt dojrzałych w osoczu homogenicznem.

Mutermilch poddał szczegółowemu rozpatrzeniu trzy zasadnicze pytania: 1) czy zasiane kawałki tkanek istotnie żyją, 2) jakie komórki i czy swoiste komórki wyrastają wokoło zasianych kawałków, 3) czy jestto istotny wzrost tkanek? Ze zasiane kawałki żyją, dowodzą chociażby dające się stwierdzić rytmiczne skurcze drobnych kawałków serca, posianych w osoczu na płytkach Gabryczewskiego. Sprawę

tę omówi obszerniej Rzętkowski. Co się tyczy drugiego pytania, to na zasadzie badań innych autorów, oraz własnych doświadczeń, dochodzi prelegent do wniosku, że wokoło zasianych kawałków rozmaitych narządów wyrasta zdaje się wyłącznie lub prawie wyłącznie tylko jeden typ komórek o charakterze młodej zarodkowej tkanki łącznej; możność zaś powstawania nowych swoistych komórek, jak: nerkowych, tarczycznych (Carrel) jest bardzo wątpliwą; również niedowiedzioną została z bezwzględną pewnością możność wyrastania nowych komórek o typie nabłonkowym. Jedynie co do tkanki nerwowej zdaje się nie ulegać wątpliwości, że mogą wyrastać nowe włókienka nerwowe. Narządy krwiotwórcze (śledziona, szpik kostny) zachowują się nieco odmiennie od innych tkanek, mianowicie po zasianiu zauważyć się daje w pierwszym okresie wyraźna emigracya białych ciałek, poczem dopiero zaczyna się właściwy wzrost komórek. M. przedstawił na epidiaskopie niektóre rysunki, wzięte z prac Carrela i innych autorów, mianowicie 30 i 50-dniowe hodowle tkanki łącznej, kawałki tkanki mózgowej z nowopowstałemi włókienkami nerwowemi i niektóre inne. Wreszcie w mikroskopie ogrzanym przedstawił skurcze kawałków serca kilkudniowych płodów kurzych (w osoczu kurzem).

Następnie przechodzi M. do omówienia rozmaitych procesów biologicznych, jakie możemy badać w hodowlach tkankowych, a więc powstawanie in vitro swoistych hemolizyn (Carrel), badania nad nowotworami złośliwymi (Carrel, Burrows, Lambet i Hanes), wpływ jadów na wzrost tkanek (Levaditi i Stefan Mutermilch), powstawanie in vitro komórek olbrzymich (Lambert i t. d.). Tutaj Mutermilch daje odpowiedź na trzecie z wyżej postawionych pytań i twierdzi, że jest to istotny wzrost tkanek. Za tem przemawiają nie tyle spostrzegane przez niektórych autorów figury mitotyczne, ile fakty takie, jak możność nieograniczonego prawie wzrostu z pojawianiem się wciąż nowych komórek na obwodzie, przenoszonych na świeże otocze, zasianych kawałków, wraz z powiększeniem masy tych ostatnich, oraz wpływ na wzrost tkanek takich czynników, jak jady, wyciągi z narządów. Najbardziej może przemawiają za istotnym wzrostem badania Levaditiego i Stefana Mutermilcha nad wpływem leczniczym surowicy przeciwbłoniczej na szkodliwy wpływ jadu błoniczego.

W zakończeniu omawia M. znaczenie praktyczne, jakie metoda Carrela da, być może, w przyszłości (badania nad gojeniem się ran) i rokuje wielką doniosłość teoretyczną tej metodzie w rozmaitych zagadnieniach biologicznych.

Rzętkowski zdaje sprawę z doświadczeń, dokonanych wespół ze Stan. Mutermilchem nad czynnością kawałków serc zarodkowych (mysich, króliczych, gęsich, kurzych, morskich świnek), przechowywanych metodą Carrela. Po omówieniu historyi tych badań streszcza Rz. w następujący sposób wyniki doświadczeń, których technikę omawia szczegółowo: 1) Metodą Burrows-Carrela można przez czas dłuższy utrzymać przy życiu nietylko odcinki serc zarodków kurzych lub zimnokrwistych, ale również i odcinki serc płodów starszych, a nawet 5—6-dniowych myszy białych. 2) Objawem działalności życiowej tych odcinków jest kurczenie się ich, tętnienie w osoczu homogenicznem i heterogenicznem. 3) Zjawisko kurczenia się odcinków serc występuje nie zaraz po umieszczeniu ich w osoczu, lecz po upływie pewnego czasu (i do 6—8 dni). 4) Im kawałki są mniejsze, tem skurcze w nich występują łatwiej. 5) Najczęściej kawałek posiada jeden »ośrodek kurczenia się«, pozostałe części kawałka są pociągane lub poruszane biernie, tak samo, jak i jego najbliższe sąsiedztwo, a więc w warunkach najlepszego zetknięcia się z osoczem najbezpośredniejszego odżywiania ich. Czasem w jednym kawałku mogą znajdować się dwa »ośrodki«, leżące również obwodowo i tętniące niezależnie od siebie. 6) Nie wszystkie odcinki tego samego serca posiadają zdolność kurczenia się, nie wszystkie skurcze są równoczesne i okres czynności ich nie jest jednakowy. 7) Pod wpływem ochłodzenia kawałki zaczynają tętnić wolniej i w końcu zatrzymują się. Przeniesienie do cieplarki odnawia skurcze. 8) W okresie końcowej działalności kawałków występują objawy następujące: zwolnienie skurczów, występowanie długich pauz, pojawienie się drgań włókienkowych nieskoordynowanych wewnątrz kawałków (trzepotanie?). W jednym kawałku stwierdzono wszystkie objawy typowej bliźniaczości (bigemia) tętna (ze skurczami dodatkowymi — extrasystole — i dłuższemi pauzami wyrównawczemi).

Po odczycie prelegenci przedstawili zdjęcia kinematograficzne, dokonane w pracowni Mutermilcha przy pomocy p. Jarosza. z rytmicznych skurczów, jakie spostrzegano w zasianych kawałkach serca płodu króliczego, w osoczu matki, oraz zdjęcia kinematograficzne, dokonane w Paryżu przez Levaditiego, Stefana Mutermilcha i Comandona i demonstrujące wzrost tkanek (emigracya białych ciałek, figury mitotyczne).

2) Sławiński przedstawił 3 chorych, którym z powodu rozległych braków skóry **przeszczepił owodnię** (amnion); zabieg uwieńczony został skutkiem pomyślnym.

Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

Sprawozdanie z działalności od 4. VII. 1911 do 4. VII. 1912 r.

Towarzystwo składało się w roku sprawozdawczym z 74 członków, w tej liczbie członków rzeczywistych 42, członków honorówych 12 i członków korespondentów 20.

Z odbytych w ciągu roku 17 posiedzeń, jedno było doroczne, trzy zarządu, dwa administracyjne i 10 zwykłych.

Posiedzenie z d. 4. IX. 1911.

Obecnych 19 członków. Przewodniczący Dr Jaworowski.

1) K. Borsukiewicz przedstawia przypadek **przerostu prawego sutka u chłopca** 9-letniego.

2) K. Dobrucki pokazuje chorą po **owaryotomii,** wykonanej przy znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. Chora operacyę zniosła dobrze, pomimo bardzo znacznej niedokrwistości.

3) K. Modrzewski przedstawia za pośrednictwem kolegów Dobruckiego i Cynberga **preparat kiszki** długości $1^1/_2$ łokcia, **zresekowanej** wskutek **wgłobienia.**

4) K. Czerwiński referuje: a) przypadek **przetoki pęcherzowo-pochwowej** przez siebie operowanej. U chorej tej w parę tygodni po operacyi przy cystoskopii w uchyłku pęcherza znaleziono kamień na miejscu dawnej przetoki. Kamień wydobyto przez cięcie pęcherza (pochwowo). Prelegent sądzi, że punktem wyjścia utworzenia się kamienia były inkrustacye solami moczowemi na miejscu niecałkowicie zaszytem. b) Tenże przedstawia preparaty **podsurowiczych mięśniaków macicy.** c) Tenże wygłasza odczyt p. t. **Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza-praktyka** (rzecz wypowiedziana na Zjeździe lekarzy w Łodzi). Po odczycie wywiązała się ożywiona dyskusya co do metody odkażania rąk.

5) K. Czarnecki odczytuje referat: **O metodach badania ucha wewnętrznego**, uzupełniony demostracyą.

Posiedzenie z d. 4. X. 1911.

Obecnych 15 członków i 3 gości. Przewodniczący Dr Jaworowski.

1) K. Czarnecki: a) przedstawia przypadek **gruźlicy stawu** napięstkowego, leczony wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowej, po 15 wstrzyknięciach wyleczenie; b) przypadek **krwiaka ucha** u chłopca 16-letniego.

2) K. Dobrucki: a) przedstawia **preparat wyrostka robaczkowego** chorego 46-letniego, który trzykrotnie przechodził napad. Ostatni napad był bardzo ciężki z obja-

wami silnego zatrucia. Operowano na zimno; wyrostek bardzo gruby i długi, blizki samoistnego oddzielenia się. b) Tenże odczytuje pracę swoją: **Przyczynek do chirurgii przewodu wątrobnego.**

3) K. Borsukiewicz odczytuje referat w sprawie przypadku przerostu **sutka u chłopca**, przedstawionego przez siebie. Przerost sutka, podług referenta, nie przedstawia żadnych cech złośliwego nowotworu, niemniej jednak osoby dotknięte tem cierpieniem szybko marnieją. Poprawa stanu ogólnego następuje po amputacyi przerosłego sutka. Po dyskusyi na ten temat referent stwierdza, że niektórzy autorzy, między innymi Dmochowski, w przerosłym sutku znajdowali oznaki charakteru złośliwego.

Posiedzenie z d. 4. XI. 1911.

Obecnych 16 członków i 1 gość. Przewodniczący Dr Jaworowski.

1) R. Dobrucki przedstawia **preparat ciąży jajowodowej.**

2) K. Czerwiński przedstawia a) **preparat raka szyjki macicznej** we wczesnym okresie, b) **preparat bąblowca**, usadowionego w zatoce Douglasa i preparat bąblowca mikroskopowy.

3) K. Czarnecki: **W sprawie wskazań do otwierania wyrostka sutkowego.**

Po odczycie wywiązała się ożywiona dyskusya, podtrzymywana przez K. Dobruckiego, Jaworowskiego, Klarnera, Jasińskiego, Czerwińskiego, Dziemskiego, Modrzewskiego. B. Dziemski.

Wiadomości bieżące.

Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego uchwalił na wniosek Wydziału lekarskiego nadać Dr Alfredowi Sokołowskiemu honorowy doktorat medycyny Wszechnicy krakowskiej.

Towarzystwo lekarskie krakowskie, zaliczające Jubilata od szeregu lat do swych członków honorowych, przesłało Mu adres, pomieszczony na czele niniejszego zeszytu.

Kraków. Prof. Dr Napoleon Cybulski otrzymał tytuł i charakter radcy dworu.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 5. XI. 1913 posiedzenie, na którem prof. Dr Rosner miał wykład: »Röntgen i radium w terapii ginekologicznej«.

— Zarząd Biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa WPanu Dr Adolfowi Klęskowi z Krakowa serdeczne podziękowanie za książki darowane bibliotece.

Bibliotekarz: Dr M. Blassberg.

— Mag. chir. Adolf Klein obchodził 40-lecie działalności lekarskiej i społecznej, która zjednała mu honorowe obywatelstwo m. Rajczy i powszechny szacunek współobywateli.

— Grono prymaryuszy szpitala powszechnego we Lwowie urządza 11—20. XII. kursa dla lekarzy. (Program podamy w następnym numerze w »Nadesłanem«).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. X. do 1. XI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (obcych 3 † —), krztuśca 3 † 1 (1 † —), ospy wietrznej 1, płonicy 6 † 1 (2 † 1), odry 24 † 1 (1 † —), duru brzusznego 1 † — (1 † —), czerwonki 2 † — (— † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 1 † 1.

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 27. X. do 3. XI. 1913 przypadków: ospy 4 † —, płonicy 3 † —. Dr Trenkner.

Warszawa. W obchodzie jubileuszu Dr Alfreda Sokołowskiego w d. 9. XI. b. r., w czasie którego uczniowie i asystenci Jubilata wręczą Mu wydawnictwo pamiątkowe, zaznaczą swój udział: Towarzystwo naukowe, Towarzystwo lekarskie, Towarzystwo higieniczne, Stowarzyszenie lekarzy, Towarzystwo przeciwgruźlicze, Komitet sanatoryum w Rudce, redakcye czasopism lekarskich z Warszawy; Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, Towarzystwa lekarskie, redakcye czasopism lekarskich z Krakowa i ze Lwowa.

— Na posiedzenie Wydziału III Towarzystwa naukowego Warszawskiego 6. XI. b. r. zgłoszono m. i. następujące komunikaty: 1) A. Landau i M. Temkinówna: »Studya nad zapaleniem nerek. Doniesienie I«. 2) E. Flatau i J. Handelsman: »Badania doświadczalne nad nagminnem zapaleniem opon mózgowordzeniowych«. 3) J. Skłodowski: »Wahanie skojarzone gałek ocznych (oscillatio conjugata oculorum) w przebiegu ogniskowego cierpienia mózgu«.

Poznań. Jubileusz dwudziestopięciolecia »Nowin lekarskich« odbędzie się 13. i 14. grudnia r. b. »Nowiny« wydadzą zeszyt jubileuszowy 8 arkuszowej objętości, wypełniony pracami oryginalnemi przeważnie lekarzy Wielkopolan. Na posiedzenia jubileuszowe w obu dniach zaproszeni zostali prelegenci z Krakowa, Lwowa i Warszawy. Podając o tem wiadomość, dodają »Nowiny lekarskie«: »Goście mile będą widziani i serdecznie przyjęci«.

Mianowani: bakteryolog doc. Raubitschek w Czerniowcach tyt. profesorem nadzwyczajnym.

Zmarli: Dr Józef Pleszczyński, b. naczelny lekarz szpitala Maciejowickiego, lekarz powiatu włodawskiego, we Włodawie w 67 r. ż.

chirurg prof. Championnière w Paryżu.

Redakcya otrzymała: Hornowski: Przyczynki z dziedziny anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej do kwestyi związku gruczołów wydzielania wewnętrznego z chorobami nerwowemi i umysłowemi. (»Nowiny lek.« 1913).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. R. IV. Zesz. X. (Monachium 1913, J. F. Lehmann). Cena zeszytu X. 2 Mk., całego rocznika 16 Mk.

W październikowych zeszytach »Kursów« mają się mieścić rozprawy z zakresu kliniki chorób zakaźnych. Tegoroczny zeszyt nieco wykracza poza te granice, obok bowiem pracy Dr Schottmüllera: »O ostrem zapaleniu opon« zawiera więcej do teoretycznej medycyny należące artykuły prof. Friedberga i Dr Ungermanna: »Mutacya bakteryi« i »Trujące działanie wyciągów z narządów tego samego gatunku«, wreszcie Dr M. Mayera: »Stawonogi, jako przenosiciele chorób«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1913. (Dokończenie).

Przegląd chirurg. i ginekol. Tom IX: Zeszyt 2. Sawicki: Meningocele sacralis anterior. — Krauze: O leczeniu operacyjnem wypadnięcia odbytnicy.

Postęp okulist. Nr 7—8.: Wiadomości kliniczne i statystyka z kliniki Uniw. Jagiell. r. dw. prof. Dr Wicherkiewicza za czas od 1898 do 1912 roku. — Kleczkowski: 1) Grypa i schorzenia oczów. 2) Zranienia kapslą oka i ich następstwa. — Rosenhauch: 1) Kilaki tęczówki i siatkówki. 2) Chromatopsia post operationem cataractae. 3) Artefacta oculistica. — Szafnicki: 1) Scotoma helioplegicum. 2) Varicella palpebrae.

Kwartalnik stomatologiczny. Z. 4. Schalit: Lecznictwo dentystyczne ostatniej doby. — Syrop: Wpływ oddychania przez usta na ustawienie zębów i na rozwój fizyczny i umysłowy u dzieci. — Stach: Z badań nad filogenezą uzębienia człowieka. — Łepkowski i Stach: Odontoma compositum.

Głos lekarzy Nr 19—21.: W sprawie odszkodowania za doniesienia lekarskie (19). — Tow. higieniczne we Lwowie

(Sprawozdanie Wydziału za rok 1912). — Wicherkiewicz: Kongres lekarzy w Londynie (19—20). — Tobisz: Debata parlamentarna o zwalczaniu chorób zakaźnych (19—20). — Mikołajski: 1) II. Międzynarodowy kongres dla ratownictwa i zapobiegania wypadkom. 2) Nadzwyczajny napływ słuchaczy na medycynę. 3) Stosunek lekarzy zdrojowych do lekarzy ordynujących (20—21).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 11.: Glassner: Kilka uwag o metodach popierania zdrojowisk krajowych, wprowadzonych przez »Nasze Zdroje«. — Włyński: Plany rozwoju Szczawnicy.

Nasze Zdroje: Łazarski: Jak we Francyi — a jak u nas.— Zdrojowiska i uzdrowiska galicyjskie na wystawie kijowskiej.— 60-lecie sanatoryum Kisielki.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. listopada 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Steuermark: Nowe metody leczenia promieniami Röntgena. 2) Dyskusya nad wykładem prof. Rosnera i Dr Steuermarka.

Nadesłane.

Na III. międzynarodowej wystawie farmaceut. w Wiedniu w r. b. odznaczono srebrną nagrodą krajową, dyplomem honorowym, krzyżem honorowym i medalem złotym wyroby firmy **Mr. C. Raupenstrauch**, emer. apt. w Wiedniu: przetwory perdynaminy, pastylki kefirowe Dr Jurock, kołaczyki Maya-Yoghurtowe Dr Jurock, ferment Maya Dr Jurock i chloraethyl Dr Thilo — co przemawia za dobrocią tych przetworów.

Rok LII. Kraków, dnia 15. listopada 1913 Nr 46

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

JUBILACI WARSZAWSCY.

Potęgę wpływu, wywartego przez Szkołę główną warszawską, żywotność i płodność wszczepionych przez nią ideałów, odźwierciedlają najwymowniej czyny, których była macierzą, owoc, który społeczeństwo zbiera z pracy jej wychowańców.

Oto mija lat czterdzieści, jak garstka młodzieży, która rozpoczęła naukę pod skrzydłami tej Szkoły, opuszczała mury Uniwersytetu warszawskiego, unosząc w duszach tchnienie wielkich myśli, które i mistrzów i uczniów Szkoły głównej warszawskiej ożywiały. Czekało tę garstkę zadanie niezwykle trudne i niezwykle odpowiedzialne: miała ona w naród, odrętwiały jeszcze po strasznych ciosach, wnieść nowe życie, rozbudzić ruch w martwym niemal ogromie, niecić jasne płomienie z ledwo tlejących pod popieliskiem iskierek.

To zadanie, przerastające, zdawałoby się, siły nietylko szczupłej garstki niedoświadczonej młodzieży, ale nawet zwartego i licznego zastępu wypróbowanych pracowników społecznych, widzimy — wykonane.

Poczęty z młodzieńczego zapału, rosnąc w tajemniczej głębi niespożytych źródlisk niezniszczalności narodu, wypełnił się znowu w dziejach naszych przedziwny cud wcielenia wiary i nadziei.

Wśród kończących studya uniwersyteckie w Warszawie w r. 1873 było dwudziestu kilku lekarzy. Nie zawiodła się na żadnym z nich Szkoła główna; w twardej służbie dla społeczeństwa szli wszyscy krokiem pewnym i mocnym, szli jako przodownicy. Co rozpoczął bujny wiek młodzieńczy, to budowała dalej wytrwałość mężów, to kończą w oczach naszych spracowane, ale nie znużone długim trudem ręce. A każdy z tego grona, gdziekolwiek go rzuciły losy, w jakimkolwiek kierunku pracy pociągnęły go zdolności i zamiłowania, zapisał się w sercach współobywateli, w pamięci potomnych, w dziejach naszego ruchu umysłowego i społecznego zaszczytnie i trwale.

Przed tygodniem zbiegły się ze wszystkich naszych dzielnic wyrazy hołdu i podzięki za działalność naukową, dydaktyczną i humanitarną jednego z przedstawicieli tego zasłużonego zastępu. Dziś drugi takiż święci się w Warszawie jubileusz.

Mikołaj Rejchman przysporzył nauce lekarskiej w ważnym dziale medycyny wewnętrznej cały szereg cennych zdobyczy, które jego nazwisko uczyniły głośnem poza granicami kraju i zapewniły w tym dziale zaszczytne miejsce dla nauki polskiej na arenie wszechświatowej. Urodzony w Warszawie 28 grudnia 1851, ukończywszy tamże szkoły średnie i nauki uniwersyteckie, wyjechał po studyach w Paryżu w roku 1874 do Irkucka, gdzie zrazu był lekarzem okręgowym, potem starszym lekarzem więziennym. W tym już czasie rozpoczął działalność naukową szeregiem publikacyi w zachodnio-syberyjskiem Towarzystwie lekarskiem. W r. 1880 wyjechał znów na studya zagranicę, a od r. 1881, osiadłszy w Warszawie, ogłaszać zaczyna nader cenne spostrzeżenia i badania z zakresu chorób narządu trawienia, po polsku (głównie w »Gazecie lekarskiej« i »Medycynie«), oraz po niemiecku. Wśród nich poważne miejsce zajmują monograficzne dzieło p. t. »Niestrawność« (1882), oraz »Nauka o chorobach narządu trawienia« (1890).

Badaniami swemi przyłożył się obok Gluzińskiego i Jaworskiego znakomicie do rozwoju tego działu medycyny, który wogóle w Europie wtedy dopiero wykształcać się poczynał jako osobna gałąź. Wśród przedstawicieli tej gałęzi u nas zajął nader wybitne miejsce; po utworzeniu się w warszawskiem Towarzystwie lekarskiem Sekcyi gastrologicznej obrany został jej prezesem i znakomicie ją do dziś prowadzi; bierze również nader czynny udział w zawiązaniu i pracach warszawskiego Komitetu badania i zwalczania raka.

Prace Rejchmana wzbogaciły naukę w trzech przedewszystkiem kierunkach. W dziale nauki o chorobach żołądka wyodrębnił Rejchman sokotok żołądkowy (1882—1886), zwany w piśmiennictwie do dziś chorobą Rejchmana, opracował ściśle sprawę przepłukiwań żołądka (1883), zbadał bezpośredni wpływ głównych środków leczniczych, używanych w chorobach żołądka (1887—1894) i ustalił symptomatologię niedomogi wydzielniczej (1897). W dziale patologii jelit jeden z pierwszych ocenił doniosłe znaczenie badania wydalin (1884) i opracował sprawę biegunek przewlekłych (1889) i zaparcia (1900). Wreszcie cenne przyczynki zawdzięcza mu dział chorób dróg żółciowych (1891—1903). W ostatnich czasach zajmowało Rejchmana zagadnienie leczenia wrzodu żołądka (1904—1911) i rak tego narządu (1904, 1907). Łącznie z publikacyami, dotyczącemi innych działów nauki o chorobach trawienia, dochodzi liczba prac Rejchmana do 40, uczniowie zaś jego ogłosili z jego ambulatoryum i prywatnej pracowni 26 prac.

W gronie Jubilatów niema ani jednego, któryby pracą i zasługą nie zdobył sobie prawa do uznania i wdzięczności społeczeństwa.

Niezwykłe życia koleje przeszedł najstarszy z nich, dobrze na kartach piśmiennictwa lekarskiego polskiego zapisany, Teodor Boryssowicz, wybitny ginekolog, którego pierwszorzędnemu talentowi, oryginalności pomysłów i głębokiej, samodzielnie zdobywanej wiedzy zawdzięcza ten dział medycyny u nas poważne postępy. Urodzony 28 listopada 1843 w Trockiem na Litwie, przeszedłszy gimnazyum w Witebsku i Słucku, w r. 1862 zapisał się na Wydział matematyczny w Petersburgu. Stamtąd pospieszył w r. 1863 w strony rodzinne, walczyć o wolność Ojczyzny. Po półtorarocznem więzieniu zesłany do gubernii permskiej, wrócił z wygnania dopiero w r. 1867 do kraju, gdzie w następnym roku rozpoczął studya lekarskie w Szkole głównej. Zaraz po jej ukończeniu stanął w czasie cholery na niebezpiecznym posterunku lekarskim w Skierniewicach. Po wygaśnięciu epidemii został ordynatorem w Instytucie położniczym, potem kształcił się w chirurgii w szpitalu św. Rocha na oddziale Kruszewskiego i w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale Krajewskiego. Nie mając własnego warsztatu pracy szpitalnej, stwarza w r. 1890 wraz z gronem kolegów zakład ginekologiczny i rozwija w nim niepospolitą działalność.

Na polu przedewszystkiem dydaktycznem i humanitarnem położył zasługi dermatolog Teofil Żera. Urodzony 12 marca 1848 w ziemi Łomżyńskiej, przebywszy nauki w Warszawie, był zrazu nadetatowym ordynatorem uniwersyteckiej kliniki terapeutycznej, od r. 1877 ordynatorem kliniki chorób wenerycznych. W r. 1884 zdobywa pierwszeństwo na konkursie na stanowisko etatowego ordynatora tegoż działu w szpitalu św. Łazarza, w którym w r. 1909 mianowany zostaje starszym ordynatorem. Tutaj pod jego okiem kształci się cały zastęp młodzieży lekarskiej. Oprócz kilku rozpraw oryginalnych i współudziału w opracowaniu obszernego dzieła »Wykład chorób wenerycznych« (Warszawa 1874) był czynny jako wieloletni sprawozdawca »Rocznika medycyny polskiej« Rogowicza. W warszawskiem Towarzystwie dobroczynności zasłużył się około rozwoju Wydziału lekarskiego, przez lat kilka pracując w nim na stanowisku prezesa.

Na polu piśmienniczem w zakresie lekarskim czynnych było z niemałym pożytkiem naszej literatury kilku jeszcze z dzisiejszych Jubilatów warszawskich. Wśród nich do najpracowitszych na tem polu należy Feliks Arnstein. Ur. w Warszawie w r. 1849, ukończywszy tam nauki gimnazyalne i Wydział lekarski i przeszedłszy praktykę szpitalną, osiadł w Kutnie, gdzie praktykował przez lat 34, od r. 1894 zjeżdżając latem do Ciechocinka. W r. 1907 przeniósł się do Warszawy, gdzie bierze żywy udział w życiu społeczno-lekarskiem. Oprócz przeszło 60 rozpraw i spostrzeżeń klinicznych, ogłaszanych w »Gazecie lekarskiej«, »Medycynie«, »Kronice lekarskiej«, »Zdrowiu» i «Czasopismie lekarskiem«, wyszło z pod pracowitego jego pióra mnóstwo prac sprawozdawczych z zakresu medycyny wewnętrznej w »Kronice lekarskiej«, której przez lat szereg był stałym członkiem redakcyi. Gorliwa jego praca zjednała mu godność członka honorowego Towarzystwa lekarskiego w Łodzi.

Nie zaniedbując pracy naukowej, czy to w zakresie sprawozdawczym, czy w postaci odczytów i komunikatów w Towarzystwach lekarskich, trzech z pomiędzy absolwentów warszawskiego Wydziału lekarskiego z r. 1873 poświęciło się przedewszystkiem ciężkiemu zawodowi lekarza praktycznego, zdobywając sobie wdzięczność szerokich kół społeczeństwa, a szacunek i uznanie kolegów. Są nimi Jan Muszalski, ur. w r. 1852 w Łomży, praktykujący w Birsztanach, a potem w Kownie, gdzie Towarzystwo lekarskie miejscowe powierzyło mu swe przewodnictwo; Paweł Sieragowski z ziemi Lubelskiej, który po kilkoletnich studyach w Wiedniu, prowadził zrazu szpital w Prasnyszu, potem był ordynatorem kliniki chorób skórnych w Warszawie, a następnie poświęcił się dermatologii; Aleksander Sobolewski, warszawianin, ur. w r. 1852, przez czas dłuższy lekarz wojskowy, gorliwy współpracownik działu sprawozdawczego »Kroniki lekarskiej«. Zaszczytne i wymowne imię »lekarza filantropa«, oddanego całem sercem i świadczącego niezliczone dobrodziejstwa biedakom, zamieszkującym przedmieście Wola pod Warszawą, zdobył sobie Antoni Aleksander Wejssel, warszawianin, ur. w r. 1849, ordynator szpitala Wolskiego od jego założenia i lekarz sal zarobkowych im. Staszica, który w piśmiennictwie zabierał głos kilkakrotnie w sprawach społeczno-higienicznych (w »Zdrowiu«).

Dwaj z Jubilatów-lekarzy zdobyli sobie zaszczytne imię w innych działach nauk. Henryk Dziedzicki, ur. 15 lipca 1847 w Warszawie, obok wykonawstwa lekarskiego poświęcił się naukom przyrodniczym. Gorliwie je studyując pod kierunkiem Wagi, Wrześniowskiego, Dybowskiego, Wańkowicza, Taczanowskiego i Sznabla, wyjechał zaraz po ukończeniu Wydziału lekarskiego z wyprawą naukową hr. St. Branickiego do Afryki, skąd przywiózł bogate zbiory przyrodnicze dla gabinetu zoologicznego w Warszawie. Od r. 1874 praktykując w Warszawie, cały czas wolny poświęcił entomologii, wprowadzając nową metodę badań do systematyki tego działu i ogłaszając szereg cennych prac w »Pamiętniku fizyograficznym«, »Entomologische Zeitung« i w rozprawach Akademii w Halle oraz Petersburgu. Prócz tego wydał kilka rozpraw z zakresu medycyny.

W kołach historyków i wśród wykształconego ogółu polskiego zdobył sobie szeroki rozgłos i wielkie uznanie Dr Józef Bieliński, najpracowitszy może ze współczesnych polskich pracowników na niwie dziejopisarskiej. Liczba, rozmiar i jakość jego prac są wprost zdumiewające, zwłaszcza, gdy się zważy warunki, w których ich dokonał, najczęściej przebywając zdala od środowisk ruchu umysłowego, bez dostępu do środków pomocniczych, do publicznych bibliotek, gdy się zważy rozległość, źródłowość i systematyczność jego badań, a obok tego gdy się uprzytomni równoczesną ciężką pracę w zawodzie lekarskim. Urodzony 23 marca 1848 na Kujawach, po ukończeniu szkół średnich we Włocławku i w Warszawie, gdzie również studyował medycynę, przebywał Dr Bieliński na stanowiskach lekarza miejskiego, górniczego i wojskowego kolejno w Kałuszynie gub. warszawskiej (1873), w gubernii wiackiej (1874—1880), w Wilnie (do 1892), w Olicie nad Niemnem (do 1897), w Turkmenii (do 1901), a dopiero w końcu w Warszawie. Liczba jego publikacyi historycznych przekracza znacznie setkę; wyszły one drukiem w trzydziestu przeszło czasopismach i wydawnictwach zbiorowych, oraz jako osobne dzieła, wśród których są rzeczy tak fundamentalne, jak trzytomowy »Uniwersytet wileński, 1577—1831« (Kraków 1900), dwutomowy »Żywot ks. Adama Jerzego Czartoryskiego« (Warszawa 1905), trzytomowy, obejmujący 2500 stronnic, »Królewski Uniwersytet warszawski 1816—1831« (Kraków 1907). Dr Bieliński jest członkiem Towarzystw historycznych we Lwowie i w Krakowie, Towarzystwa przyjaciół nauk w Wilnie, jednym z założycieli Towarzystwa naukowego warszawskiego, współpracownikiem trzech komisyi Akademii Umiejętności, członkiem honorowym Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu i Towarzystw lekarskich w Warszawie, Krakowie i Wilnie. Daje to miarę uznania, jakie otacza jego działalność naukową.

Z wyrazem hołdu i wdzięczności, składanym Czcigodnym Jubilatom ze wszech stron, łączy się całem sercem »Przegląd lekarski«. A dodaje życzenie, które tym Szkoły

głównej, Macierzy swej Synom nieodrodnym, może nie będzie niemiłe: by ci, dla których Oni ocalili świętą tej Szkoły spuściznę, by Ich wychowańcy i następcy, mogli w dniu Ich złotych z nauką i pracą godów stanąć przed Nimi ze wzniesionem czołem i tak, jak Oni dziś, mieć prawo powiedzieć: »Diem non perdidi«. c.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Mnogie przerzutowe ropnie w wątrobie, powstałe w toku zapalenia wyrostka robaczkowego.

Opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

Przerzutowe ropnie, powstające w wątrobie, jako dalsze następstwo spraw ropnych w rozmaitych narządach jamy brzusznej, nie należą wogóle do zjawisk częstych. Względna ich rzadkość uwydatni się bardzo dobitnie, jeźli z jednej strony postawimy ropne zapalenia pierwotne, a z drugiej przerzuty w wątrobie. I tak n. p. nie mamy w latach 1911 i 1912 w rocznych zestawieniach ruchu chorych na oddziale chorób wewnętrznych w Sarajewie ani jednego przypadku ropnia wątroby, a znajduje się cały szereg tych chorób, o których wiemy, że wywoływać mogą przerzuty w wątrobie.

Na podstawie mojego osobistego doświadczenia uważam przewlekłą czerwonkę za najczęstszą przyczynę ropnych przerzutów w wątrobie. Najwidoczniej obecność licznych owrzodzeń czerwonkowych sprzyja przedostawaniu się materyału zakaźnego do żył, tworzących część układu naczyniowego żyły wrotnej. Na pierwszy rzut oka zdawaćby się mogło, że także ostre zapalenia wyrostka robaczkowego, dające powód do powstawania otorbionych ropni w otoczeniu kiszki ślepej, prowadzić powinny przynajmniej w tym samym stopniu, co czerwonka, do tworzenia się ropnych przerzutów w wątrobie. W rzeczywistości dzieje się jednak inaczej. Pomimo, że rokrocznie mam sposobność spostrzegać na moim oddziale wiele przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego w różnym okresie choroby, nie widziałem dotychczas ani jednego przypadku ropnia przerzutowego w wątrobie, stojącego w związku z tem zapaleniem. Po części możnaby to tłomaczyć tym faktem, że chorych operuje się obecnie zasadniczo zawsze i w ten sposób usuwa się pierwotne ognisko ropne. Niema więc poniekąd czasu do powstawania przerzutów. Znam jednak takie przypadki, w których ropnie, powstałe skutkiem zapalenia wyrostka robaczkowego, najrozmaiciej usadowione, trwały bardzo już długo, gdzie w niektórych z nich doszło do rozległego zapalenia otrzewnej, a mimo to nie powstały ropne przerzuty w wątrobie. Wobec tego nabrać trzeba przekonania, że warunki powstawania przerzutów ropnych w wątrobie są w tych wszystkich przypadkach niekorzystne. Tembardziej więc zasługuje na uwagę przypadek, spostrzegany niedawno na moim oddziale, objaśniony nadto badaniem pośmiertnem, z wieloogniskowem ropnem zapaleniem wątroby, powstałem w toku zapalenia wyrostka robaczkowego.

Nikola R., 23-letni pomocnik handlowy z Trebinje w Hercegowinie, przyjęty na oddział 8. czerwca 1913.

Wywiady: Choroba rozpoczęła się ostro przed 4 tygodniami bólami w brzuchu, wymiotami i biegunką. Od początku była gorączka. Po kilku dniach nastała niedługa zresztą poprawa, po której pojawiły się znowu przypadłości brzuszne i stan gorączkowy. Przebieg ciepłoty był nieregularny, od czasu do czasu miewał chory lekkie dreszcze, w ostatnich dniach zaczęły się pojawiać obfitsze poty. Ten przewlekający się przebieg skłonił chorego do podróży do Sarajewa i szukania pomocy w tutejszym szpitalu.

Badanie, wykonane 8, VI. rano, wykazało, co następuje: Chory, średniego wzrostu, miernie zbudowany, o skórze bardzo bladej, sprawia już na pierwszy rzut oka wrażenie ciężkiego schorzenia. Rysy twarzy zapadłe, czoło obficie potem okryte, język wilgotny, miernie obłożony. W narządach klatki piersiowej ważniejszych zmian niema Brzuch raczej płaski, jedynie tylko nadbrzusze po stronie prawej podnosi się ponad poziom reszty brzucha. Powłoki brzuszne w tem miejscu silnie napięte, a mierny nawet ucisk sprawia choremu ból. Wątroby wobec napięcia mięśni wymacać nie można. Obszar stłumienia wątrobnego znacznie większy od prawidłowego. W linii sutkowej rozpoczyna się stłumienie na górnym brzegu szóstego żebra i sięga koło 6—7 cm poniżej łuku żebrowego, w linii środkowej ciała dochodzi do połowy odstępu między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem. Przy głębokim wdechu przesuwają się granice stłumienia, a po ułożeniu dłoni na największej wypukłości w nadbrzuszu prawem stwierdzić można, że wypukłość ta zmienia nieco swoje położenie w czasie głębokiego oddychania. Najwidoczniej należy ona do wątroby. Brzegu śledziony dokładnie obmacać nie można; stłumienie znacznie jest większe od prawidłowego. Całe podbrzusze miernie napięte, przy ucisku bolesne, bolesność nie jest nigdzie dokładnie umiejscowiona, powstaje tak w chwili ucisku, jak też i w chwili nagłego zwolnienia. Badanie przez kiszkę stolcową jest również połączone z bólem dla chorego. Przy obmacywaniu zatoki Douglasa stwierdzić można rozlany, dość miękki, elastyczny obrzęk; cała ta okolica jest bardzo bolesna.

Mocz o ciemnej barwie nie zawiera białka ani cukru, natomiast znaleziono mniejszą ilość chlorków i znaczne powiększenie indykanu.

Ciepłota ciała wahała się w czasie kilkonastogodzinnego pobytu chorego na oddziale między 37·6 a 39·5° C., liczba tętna między 100 a 120.

Rozpoznanie choroby nie przedstawiało wobec wyniku badania znaczniejszych trudności. Zasadniczo rzecz biorąc, przedstawiała się cała sprawa, jako schorzenie septyczne, względnie ropnicze. Przy rozważaniu pochodzenia ropnicy trzeba było zwrócić się odrazu do wątroby i tam szukać źródła ropienia, a mianowicie w samym miąższu wątrobnym. O schorzeniu dróg żółciowych nie można było myśleć z tego powodu, że brakowało zupełnie objawów zatrzymania odpływu żółci.

Rozpoznając obecność ropnia w wątrobie, trzeba było określić równocześnie i jego pochodzenie, względnie wykryć pierwotne ognisko ropne. W tym kierunku dostarczyło dostatecznych wskazówek badanie kiszki stolcowej.

Rozpoznanie opiewało więc w całości: Septicopyaemia ex abscessu metastatico hepatis post appendicitidem.

Leczenie w tym przypadku mogło być tylko czysto chirurgiczne. Brak objawów ogólnego zapalenia otrzewnej, względnie dobry stan ogólny chorego i młody wiek jego czyniły prawdopodobnem, że zabieg operacyjny może się powieść. Po przedstawieniu tego stanu rzeczy choremu przeniesiono go za jego zgodą zaraz tego samego dnia na oddział chirurgiczny. Do wykonania rękoczynu niestety jednak nie doszło Chorego zwrócono dnia 12. VI. na oddział wewnętrzny. Stan jego był w tej chwili już beznadziejny. Przy badaniu znaleźliśmy wszystkie objawy ropnego zapalenia otrzewnej, powstałego po przebiciu się ropnia. Chory zmarł 13. VI.

Badanie anatomiczne zwłok (prosektor radca rządu Dr Wodyński) potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne. W protokole sekcyjnym zapisano: W jamie brzusznej znajdują się wszystkie znamiona świeżego ropnego zapalenia otrzewnej. Punkt wyjścia dla tego zapalenia tworzy starszy ropień, wychodzący z okolicy kiszki ślepej i zajmujący całą zatokę Douglasa. Ściany ropnia tworzą w części blaszki otrzewnej, w części zaś kiszka ślepa i pętle jelita cienkiego. Otrzewna, tworząca ściany ropnia, jest niejednostajnie zgrubiała, barwy brudno-brunatnej, pozrastana z otoczeniem. Ściana ropnia jest w jednem miejscu przedarta, przez co ropień łączy się bezpośrednio z jamą brzuszną. Dalsze badanie wykazuje, że z wyrostka robaczkowego pozostała tylko nieznaczna część, reszta została zniszczona przez ropienie. Ta pozostała część sterczy do jamy ropnia. Wątroba, niejednostajnie powiększona, okazuje na powierzchni płatu prawego szereg płaskich wyniosłości, sięgających rozmiarami wielkości pięciokoronówki. Po przekrojeniu prawego płatu wątroby widać bardzo liczne ropnie. Niektóre z nich zlewają się już ze sobą. Ciężar wątroby wynosi $2^1/_2$ kg. Śledziona powiększona, miąższ jej miękki.

Rozpoznanie anatomiczne opiewało: Appendicitis ulcerosa cum destructione maximae partis processus vermiformis subsequente perityphlitide putrido-purulenta circumscripta chronica, usque ad cavum Douglasi extensa, sub finem rupta subsequente peritonitide purulenta diffusa acutissima. Abscessus metastatici plures lobi dextri hepatis. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa et adiposa cordis, hepatis et renum.

Cały ten przypadek tak jest jasny, że wszelkie uwagi o nim wydają mi się zbyteczne. Ograniczymy się tylko do podkreślenia obecności całego szeregu mniejszych i większych ropni w wątrobie, jako tego szczegółu, który świadczy z jednej strony o przerzutowem ich pochodzeniu, z drugiej zaś o tem, że trwały one niedługo. Ze stanowiska zaś klinicznego podnieśćby można niezwykły przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego i takie ugrupowanie objawów choroby, że w miejscu zamieszkania chorego nie można było rozpoznać jej należycie. Przy tej sposobności niech mi wolno będzie zaznaczyć doniosłość badania przez odbytnicę, które, o ile sądzić mogę, nie jest niestety tak powszechnie oceniane, jak na to zasługuje.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Zastosowanie lecznicze benzolu w białaczce

napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie).

Na uwagę zasługuje przypadek Jespersena, dotyczący 32-letniego wieśniaka, chorego na białaczkę, u którego w ciągu roku zastosowano za pierwszym razem 61 naświetleń promieniami Röntgena i leczenie arsenem, a za drugim razem 35 naświetleń promieniami Röntgena. Pod koniec leczenia ilość krwinek czerwonych w 1 mm³ 2,060.000, a białych 240.000, przyczem myelocyty stanowiły 65 %. Śledziona sięgała do spojenia łonowego i przekraczała na prawo linię środkową brzucha. Ciepłota ciała wynosiła 40·5° C. Wobec ujemnego wyniku podano choremu benzol w ilości dziennej od 1·5—3 gr. Po wyżyciu 46 gr., w dniu 18. leczenia można było zauważyć ogólną poprawę tak co do sił, jak i co do obrazu hematologicznego; jedynie tylko krew była mniej krzepliwą. W dniu 18. wystąpił bardzo silny krwotok z błony śluzowej policzka lewego i dziąseł obu szczęk po stronie lewej. Leczenie benzolem na razie przerwano na 11 dni, poczem znów na nowo przez 32 dni chory zażywał 25 gr. dziennie benzolu (w całości wyżył 97 gr.). Chory czuł się dobrze. We krwi ilość krwinek czerwonych podniosła się w 1 mm³ do $3^1/_2$ mil., a krwinek białych obniżyła się do 5.000, przyczem odsetek myelocytów również spadł do 29%. Obrzęki ustąpiły; wątroba i śledziona zmniejszyły się; ciepłota ciała była prawidłowa, ogólny stan sił zadowalniający. Wobec tego podawano nadal benzol w ilości 5 gr. dziennie. Naówczas ciepłota ciała zaczęła się wzmagać i dochodzić do 40° C., a ilość krwinek białych podskoczyła w przeciągu 10 dni z 5.000 do 300.000; wątroba i śledziona powiększyły się znaczniej niż pierwotnie; wystąpiły wymioty i krwawienie z błony śluzowej nosa i ust. Chory zmarł w 83. dniu leczenia. W ostatnich 10 dniach przed zejściem śmiertelnem odstawiono benzol. W przeddzień śmierci ilość krwinek białych wynosiła w 1 mm³ 750.000.

Wobec powyższych spostrzeżeń co do działania benzolu w białaczce uznałem za stosowne podać do wiadomości odnośne wyniki w 2 przypadkach ciężkiej białaczki szpikowej, leczonej na moim oddziale metodą Koranyiego.

I. J. F..... nadstrażnik skarbowy w H. (Galicya), 30 lat liczący, stanu wolnego, prócz zwykłych chorób zakaźnych w dzieciństwie przebytych, miał być zawsze zdrów i tylko w ostatnich kilku latach doznawał po dłuższem chodzeniu uczucia znużenia w łydkach. Od 3 miesięcy zauważył w podżebrzu lewem guz, rosnący coraz bardziej i tamże po zmęczeniu od czasu do czasu tępy ból (który w ostatnich tygodniach silniej występował), tudzież uczucie ziębienia w palcach rąk i nóg. Kiły nie przechodził; dwukrotnie tylko był leczony na trypra. Wywiady co do obciążenia dziedzicznego ujemne. Ojciec zmarł w 54. roku życia na zapalenie płuc, matka żyje i jest zupełnie zdrowa.

Badanie w dniu 20/IX 1912 r. wykazało: Osobnik wzrostu średniego, dobrze odżywiony i zbudowany, o ogólnem wejrzeniu zdrowem. Waga ciała 68 kg. Skóra prawidłowo zabarwiona, bez jakichkolwiek zmian. Gruczoły obwodowe zupełnie prawidłowe (pomimo dokładnego badania nie można nigdzie wykazać gruczołów powiększonych). Narząd oddechowy i krążenia bez zmian. Liczba oddechów 20; tętno prawidłowe, 80; Riva-Rocci 125 mm Hg. Na języku i na błonie śluzowej policzka prawego ograniczone zgrubienia białawe (leukoplakia). Brzuch w okolicy podżebrza lewego znacznie wysklepiony i tamże za uciskiem nieco tkliwy. Wątroba prawidłowa. Śledziona bardzo duża, twarda, sięga od 7. lewego żebra poniżej pępka i przekracza linię środkową na prawo. Wymiar podłużny śledziony wynosi 27 cm, a poprzeczny 23 cm. Badanie moczu, dokonane w Zakładzie chemii lekarskiej Uniw. Jagiellońskiego, wyka-

zuje: ilość 1500 cm; c. g. 1 022, przeźroczystość niezupełna, barwa słomkowa, odczyn kwaśny, osad lekko zwiększony. Urochrom, urobilina, indykan: prawidłowe; mocznik, kwas moczowy: prawidłowe; chlorki prawidłowe; fosforany ziem alkalicznych silnie zwiększone, fosforany potasowców dość silnie zwiększone; białko w ilości 0·005%; brak cukru gronowego, acetonu, kwasu aceto-octowego, barwika krwi, barwików żółciowych. W osadzie pod drobnowidem liczne płaskie nabłonki.

Apetyt i sen bardzo dobre, trawienie prawidłowe.

Badanie dna oka, dokonane na oddziale chorób ocznych, dało wynik prawidłowy.

Badanie krwi (3. X) wykazało:
Hemoglobina (Sahli) 66%
ilość krwinek czerwonych 3,200.000
» » białych 330 000
wskaźnik 1·03
stosunek krwinek białych do czerwonych 1:9·7.

Na preparatach barwionych metodą Jännera i triacidem Ehrlicha stwierdzono:
Limfocyty 3%
neutrofile 49%
eozynowe 4%
bazofilne 3%
myelocyty 41%
- neutrofilne 34%
- eozynowe 2%
- bazofilne 1%
- przejściowe 2%
- kom. szpikowe 2%

Ciałka czerwone krwi wejrzenia prawidłowego i układają się prawidłowo w ruloniki; skąpe normoblasty.

Wobec tego rozpoznanie kliniczne opiewało: Leukaemia myelogenes.

Choremu podawano benzol (Benzoli puri, ol.-olivarum aa 0.5) w kapsułkach żelatynowych według wskazówek Koranyiego 2—5 gr. dziennie. W ciągu pobytu szpitalnego od 25 IX – 9 XI 1912, chory wyżył wogóle 126 gr. benzolu i znosił lek ten bardzo dobrze. W 17. dniu leczenia zauważono zmniejszenie się wymiaru podłużnego śledziony o 4 cm i zmniejszenie się ilości krwinek białych w 1 mm³ z 330.000 na 241.000; myelocytemia jednak utrzymała się w tym samym stopniu, gdyż wynosiła 40%, przyczem stosunek pojedynczych form myelocytów uległ dość znacznym wahaniom. Szczegółowe badanie krwi wykazało 20. V.:

Hemoglobina (Sahli) 63%
ilość ciałek czerwonych 3,000.000
» » białych 241.000
wskaźnik 1·05
stosunek krwinek białych do czerwonych 1:12·4

Preparaty barwione według Jännera:
Limfocyty 8%
wielojądrzaste neutrofilne 43%
» eozynowe 4%
» bazofilne 5%
myelocyty 40%
- neutrofilne 20%
- eozynowe 1%
- bazofilne 4%
- przejściowe 10%
- szpikowe 4%
- formy Türcka 1%

Krwinki czerwone układały się prawidłowo; skąpe normobiasty. Pod koniec leczenia, t. j. 27. X., śledziona w wymiarze podłużnym zmniejszyła się o 6 cm, a w poprzecznym o 2 cm, natomiast ilość hemoglobiny spadła do 58%; ilość krwinek czerwonych utrzymywała się prawie na tym samym poziomie 3,600.000; toż samo i myelocytemia (40%).

Odnośny rozbiór wykazywał:
Hemoglobina (Sahli) 58%
ilość krwinek czerwonych 3,600.000
» » białych 255.000
wskaźnik 0·8
stosunek krwinek białych do czerwonych 1:14·06.

Preparaty barwione sposobem Jännera:
Limfocyty 10%
neutrofilne 39%
eozynowe 6%
bazofilne 5%
myelocyty 40%
- neutrofilne 18%
- eozynowe 4%
- bazofilne 2%
- przejściowe 9%
- kom. macierzyste szpikowe 7%

Krwinki czerwone układały się prawidłowo; liczniejsze normoblasty.

Dnia 6. XI., t. j. w 9 dni po ukończeniu leczenia benzolem, ilość hemoglobiny spadła do 42%, ilość krwinek białych wynosiła w 1 mm³ 232.000 (myelocytów 40%), krwinek czerwonych 3,600.000; wymiary śledziony prawie takie same. Natomiast prawie w miesiąc od zaprzestania stosowania benzolu, t. j. 22. XI., można było stwierdzić zmianę na lepsze we krwi, gdyż ilość hemoglobiny podniosła się do 78° (Sahli) — ilość krwinek czerwonych w 1 mm³ wynosiła 4,264.000, ilość krwinek białych 263.200; stosunek krwinek białych do czerwonych jak 1:16·2. Wymiary śledziony nie uległy zmianie; chory czuł się podmiotowo wcale dobrze.

Wogóle pod wpływem zażywania benzolu zmniejszyła się śledziona dość znacznie, bo o 6 cm w wymiarze podłużnym, a o 2 cm w wymiarze poprzecznym, zmniejszyła się ilość krwinek białych (o 100.000) i spadła bardzo ilość hemoglobiny (z 68% na 42%); ilość krwinek czerwonych nie ulegała znaczniejszej zmianie. Należy też podnieść, iż obniżanie się krwinek białych pod wpływem leczenia benzolem było krótkotrwałe, albowiem po przerwie kilkudniowej (5) podawania benzolu ilość krwinek białych rychło się wzmagała do pierwotnego poziomu, a znów rychło opadała przy dalszem stosowaniu tego leku. Ilość moczu codziennie badana wynosiła początkowo na dobę średnio 1.500 cm, a 21·1‰ mocznika, a później 1.400 cm³ i 16‰ mocznika; mocz zrazu zawierał ślady białka, później był zawsze bez białka. Waga ciała spadła nieznacznie, wynosiła 67 kg 500 g.

W lipcu b. r., a więc w 8 miesięcy po opuszczeniu szpitala, zgłosił się do mnie chory ponownie. Naówczas stwierdzić u niego można było znaczne pogorszenie, wyniszczenie znaczne, białkomocz i bardzo znacznego stopnia osłabienie. Badanie wykazało śledzionę do pierwotnych rozmiarów powiększoną, obrzęk wątroby, stan gorączkowy 38·5° C, brak zupełny łaknienia, bóle w żołądku, wymioty, rozwolnienie. Rozbioru krwi nie można było dokonać, gdyż chory nie mógł pozostać w szpitalu z powodu stosunków rodzinnych. Wogóle sprawiał on wrażenie ciężko chorego, jakby w przededniu śmierci. W dniu 24. IX. zakończył życie.

2. F. K..,.. lat 40 licząca, żona wyrobnika z Podgórza (ad Kraków), poprzednio zawsze zdrowa, zauważyła od 3 lat brak miesiączki, równocześnie powiększenie się brzucha z powodu guza w podżebrzu lewem, a od 6 miesięcy ucisk w prawem podżebrzu. Chora w ostatnich miesiącach jest bardzo osłabiona z powodu częstych krwotoków nosowych, doznaje od czasu do czasu przemijających obrzęków na kończynach dolnych; nie rodziła. Wywiady co do dziedziczności ujemne. Przyczyny śmierci ojca podać nie może; matka żyje i jest zupełnie zdrowa.

Badanie w dniu 20. II. b. r. wykazało: Osobnik wzrostu średniego, nędznie odżywiony. Skóra blada. Gruczoły

niektóre w obu pachach powiększone do wielkości orzecha laskowego, twarde, zresztą bez zmian.

Narząd oddechowy bez zmian; liczba oddechów 24 na minutę. Serce prawidłowych rozmiarów. Pierwszy ton nad koniuszkiem z podmuchem; zresztą tony serca czyste. Tętno 90, dość miękkie, regularne; tętnice skroniowe wężykowato pokręcone.

Język wilgotny, nieco obłożony. Brzuch znacznie wysklepiony, zwłaszcza po całej stronie lewej i w podżebrzu prawem, podczas gdy po stronie prawej — i to poniżej wątroby — okazuje zaklęśnięcie. Naczynia żylne na powłokach brzusznych porozszerzane. Wątroba znacznie powiększona, dość twarda, o powierzchni gładkiej i tępym dolnym brzegu. Górna granica wątroby leży w linii sutkowej na 6. żebrze prawem, a dolny jej brzeg sięga w linii środkowej 10 cm powyżej pępka, w linii sutkowej na 6·5 cm, a w linii pachowej przedniej na 8 cm poniżej łuku żebrowego. Śledziona bardzo znacznie powiększona, twarda i wypukla znacznie całą lewą stronę jamy brzusznej. Stłumienie śledzionowe poczyna się w linii pachowej przedniej lewej na 7. żebrze, sięga na dół do spojenia łonowego (symphysis ossium pubis), z tyłu opuszcza się na talerz biodrowy lewy, z przodu dochodzi do pępka. Największy wymiar na poprzek śledziony wynosi 27 cm, a na podłuż 41 cm. Płynu wolnego w jamie brzusznej wykazać nie można. Narząd nerwowy i zmysłowy bez zmian ważniejszych. Sen, trawienie, łaknienie prawidłowe. Badanie moczu, dokonane 22. II b. r. w Zakładzie chemii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, wykazało: Ilość moczu 2.000 cm^3; c. g. 1·022; przeźroczystość: lekko mętny; barwa winnożółta; odczyn kwaśny; osad obfity. Urochrom zwiększony, urobilina prawidłowa, indykan silnie zwiększony; mocznik i kwas moczowy prawidłowy; chlorki prawidłowe, fosforany ziem alkalicznych i potasowców silnie zwiększone. Mocz zawiera ślad białka (0·006%); nie zawiera cukru gronowego, acetonu, kw. acetooctowego, barwików krwi i żółci. Pod drobnowidem widoczne: kwas moczowy krystaliczny obfity, nabłonki płaskie w normalnej ilości.

Wynik rozbioru krwi (23. II. 1913) był następujący:

Hemoglobina (Sahli)	45%
ilość krwinek czerwonych	3,680.000
» » białych	390 000
wskaźnik 0·61	
stosunek krwinek białych do czerwonych 1:9·4.	

Preparaty barwione sposobem Jännera i triacidem:

Limfocyty	2%	
wielojądrzaste neutrofilne	27%	
» eozynowe	3%	
» bazofilne	5%	
myelocyty	63%	
neutrofilne		52%
eozynowe		4%
bazofilne		4%
myelocyty		2·5%
ciałka Türka		0·5%

Barwa i zlepność krwi prawidłowe; krwinki czerwone prawidłowej wielkości i układają się w ruloniki; liczne normoblasty.

Rozpoznanie kliniczne opiewało: Leukaemia myelogenes. Chorej podano benzol (benzoli puri, olei oliv. āā 0 5) w kapsułkach żelatynowych od 2—5 gr. dziennie w ogólnej ilości 206 gr. Przez cały czas stosowania tego leku chora czuła się zawsze dobrze, o ile dawka dzienna nie przekraczała 3 gr. Przy stosowaniu większej dawki dziennie występowały zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w postaci odbijania benzolem, pieczenia w żołądku i rozwolnienia. Apetyt jednak zawsze był dobry i ogólny stan podmiotowy chorej zupełnie zadowalniający. W moczu, dwukrotnie szczegółowo badanym, można było stwierdzić zwiększenie się nieznaczne ilości białka (0·01% — 0·02%), a w osadzie znaczniejszą ilość ciałek wysiękowych i brak kryształków kwasu moczowego; zresztą skład moczu nie uległ poważniejszej zmianie. Ogólna ilość dzienna wahała się od 1.800—2.000 cm^3, a ilość mocznika średnio wynosiła 16‰—12‰, zależnie od ilości wydzielanego moczu. Śledziona, wątroba, jak i gruczoły chłonne nie okazywały prawie żadnej zmiany; toż samo i waga ciała utrzymywała się w tym samym stopniu. Natomiast stan sił chorej i wejrzenie zmieniły się bezsprzecznie na lepsze i chora wśród ogólnego polepszenia opuściła szpital 7. V. b. r.

Badanie krwi, wykonane w dniu 31. III. i 2. IV., wykazało:

	31. III.	2. IV.
Hemoglobina (Sahli)	43%	55%
Ilość krwinek czerwonych	3,200.000	3,984.000
» » białych	400.000	440 000
stosunek ciałek białych do czerwonych	1:8	1:9
wskaźnik	0·67	0·6

Preparaty barwione sposobem Jännera:

	31. III.	2. IV.
limfocyty	0·5%	4%
wielojądrzaste neutrofilne	31%	33%
« eozynowe	6%	6%
» bazofilne	6%	6%
myelocyty	56·5%	51%
neutrofilne	48%	46%
eozynowe	4%	2%
bazofilne	4%	2%
myeloblasty	0·5%	1%

Barwa i zlepność krwi prawidłowe; nieliczne poikilocyty, liczne normoblasty, skąpe megaloblasty.

Dnia 24. VII. b. r., t. j. w 11 tygodni po opuszczeniu szpitala, miałem sposobność ponownego zbadania chorej. Stan jej przedstawiał się naówczas następująco: Wygląd stanowczo lepszy; odżywienie nieco gorsze. Skóra prawidłowa; błony śluzowe blado różowe. Gruczoły obwodowe niezmienione. Narząd oddechowy i krążenia bez zmian. Liczba oddechów 20; tętno regularne, dość dobrze napięte, 72 na minutę. Brzuch dość znacznie wysklepiony. Górna granica wątroby w linii sutkowej prawej na 6. żebrze; dolny brzeg wątroby sięga w linii środkowej na 9 cm poniżej wyrostka mieczykowatego mostka, w linii sutkowej prawej na 5 cm, a w linii pachowej przedniej na 3 cm poniżej łuku żebrowego. Stłumienie śledzionowe rozpoczyna się w linii pachowej środkowej lewej na dolnym brzegu 6. żebra i sięga na 3 cm powyżej grzebienia kości biodrowej lewej (crista ossis ilei) w linii sutkowej lewej, a na 8 cm powyżej spojenia łonowego w linii środkowej; na prawo przekracza linię środkową o 5·5 cm. Największy wymiar podłużny wynosi 42 cm, a poprzeczny 31 cm. Wogóle odnosi się wrażenie, iż w rzeczywistości obrzęk śledziony nie uległ zmniejszeniu, tylko zmieniły się jego wymiary na podłuż i na poprzek. Mocz zachowywał się tak samo. Sen dobry, apetyt nieco gorszy; stan podmiotowy chorej dobry.

Badanie krwi wykazało:

Hemoglobina (Sahli)	46%
ilość krwinek czerwonych	4,348.000
« » białych	260.000
stosunek krwinek białych do czerwonych	1:16·7
wskaźnik	0·53

Preparat niebarwiony: barwa bledsza; zlepność prawidłowa; bardzo nieliczne poikilocyty.

Preparat barwiony sposobem Jännera:

Limfocyty	2%
wielojądrzaste neutrofilne	46%
» eozynowe	6%
» bazofilne	2%
myelocyty	44%

neutrofilne	29%
eozynowe	1%
bazofilne	$1^1/_2$
jednojądrzaste	5%
przejściowe	7%
metamyelocyty	1%

Polichromazya, bardzo nieliczne poikilocyty; brak ciałek czerwonych jądrzastych.

Przypadki nasze pouczają, iż chorzy dotknięci białaczką szpikową mogą znosić benzol w dawkach po 3 gr. dziennie przez kilka tygodni bez objawów znaczniejszego podrażnienia nerek i przewodu pokarmowego. Wydzielanie benzolu z ustroju następuje dość szybko, skoro pomimo podania go chorym w ilości ogólnej 126—206 gr. w czasie leczenia nigdy nie można było zauważyć działania zbiorczego (kumulatywnego) Większe dawki benzolu 5 gr. p. die wywoływały zaburzenia w przewodzie pokarmowym pod objawami zmniejszenia łaknienia, odbijania benzolem, pieczenia w żołądku i biegunki; w razie białkomoczu zwiększały w miernym stopniu ilość białka w moczu. Przypady powyższe ustępowały rychło, skoro dawkę codzienną obniżono do 3 gr.

Pod wpływem zażywania benzolu chorzy odzyskiwali rychło znaczny apetyt, dobry sen, siły i energię życiową; czuli się zdrowi.

Ze względu na skład krwi i na zachowanie się narządów krwiotwórczych w obu przypadkach odmienny wynik. U mężczyzny stwierdzić można było w czasie stosowania benzolu obniżenie się hemoglobiny z 66% na 42% (Sahli) i obniżenie się krwinek białych w 1 mm³ z 330.000 na 232.000; natomiast u kobiety zwiększenie się hemoglobiny z 45% na 55% (Sahli) i zwiększenie się ilości krwinek białych z 390000 na 440000 w 1 mm³. Ilość krwinek czerwonych w obu przypadkach okazywała nieznaczne wahania. Stosunek myelocytów do innych krwinek białych już to prawie w tym samym stopniu się utrzymywał, już to okazywał nieznaczne obniżenie, skoro u mężczyzny na początku i na końcu leczenia benzolem ilość myelocytów wahała się od 41%—40%, a w drugim przypadku u kobiety od 63%—51%. Toż samo i co do pojedynczych postaci krwinek białych znaczniejszej różnicy w obu przypadkach nie można było zauważyć.

Również odmiennie zachowywały się narządy krwiotwórcze. Podczas gdy w pierwszym przypadku u mężczyzny śledziona zmniejszyła się dość znacznie, w drugim przypadku u kobiety (która zażyła większą ilość benzolu) pozostała prawie niezmienioną. Wątroba w obu przypadkach, a gruczoły chłonne pachowe u kobiety nie uległy widocznej zmianie.

Zmniejszenie się ilościowe krwinek białych w czasie stosowania benzolu u chorych na białaczkę nie było trwałe. Po kilku (5) dniach zaprzestania podawania benzolu ilość krwinek białych rychło się wzmagała do pierwotnego poziomu i znów rychło się obniżała, skoro ten lek dalej stosowano.

W kilka (4) tygodni po zaprzestaniu stosowania benzolu u mężczyzny zauważono zmiany bezsprzecznie na lepsze we krwi, gdyż ilość hemoglobiny podniosła się do 78% (Sahli), ilość krwinek czerwonych wynosiła 4 264.000, a białych 263.000 w 1 mm³. Wymiary śledziony i wątroby niezmienione. Atoli po 8 miesiącach chory ten okazywał znów bardzo znaczne pogorszenie pod każdym względem tak dalece, iż należało spodziewać się rychłego zejścia śmiertelnego († 24. IX. b. r.). U kobiety stwierdzić można było po 11 tygodniach zaprzestania leczenia benzolem obniżenie się hemoglobiny z 55% na 46% (Sahli), obniżenie się ilości krwinek białych z 440.000 na 260.000 i wzmożenie się ilości krwinek czerwonych z 3,984.000 do 4,339,000 w 1 mm³; przytem zmniejszyła się i myelocytemia. Czy jednak stan ten dalej się będzie utrzymywać, okaże przyszłość. (2. XI. zgłosiła się chora do szpitala ze znacznem pogorszeniem).

W obu przypadkach pod wpływem stosowania benzolu ustępowała gorączka, zmniejszała się ilość dzienna wydzielanego mocznika, następował spadek nieznaczny wagi ciała.

W o b e c t e g o n i e m o ż e m y u p a t r y w a ć w b e n z o l u ś r o d k a s w o i s t e g o l e c z n i c z e g o d l a b i a ł a c z k i s z p i k o w e j, a l e z g o d n i e z K i r a l y f i m n a l e ż y u t r z y m y w a ć, i ż b e n z o l w y w o ł u j e t y l k o c z a s o w e o b n i ż e n i e i l o ś c i k r w i n e k b i a ł y c h w e k r w i i w y t w a r z a p r z y d ł u ż s z e m z a ż y w a n i u a p l a z y ę u k ł a d u k r w i o t w ó r c z e g o, p r z y c z e m n i e w y w i e r a w y r a ź n e g o w ł y w u n a m y e l o c y t e m i ę, a t e m s a m e m n i e z m i e n i a i s t o t y c h o r o b o w e j b i a ł a c z k i.

Spostrzeżenia kliniczne co do działania benzolu na układ krwiotwórczy zyskały potwierdzenie w doświadczeniach, przedsięwziętych na królikach przez Sellinga i Pappenheima, a na ludziach przez Sohna. Selling podnosi, iż małe dawki benzolu działają drażniąco, a wielkie porażająco na krwinki białe; tożsamo dotyczy poniekąd krwinek czerwonych. Pappenheim wykonywał doświadczenia na królikach i stosował większe dawki benzolu. Po zastosowaniu 2—3 gr. benzolu stwierdzał Pappenheim zawsze ogólne charłactwo i bardzo znaczne zmniejszenie się krwinek białych we krwi; częstokroć w 3 tygodniach następowało zejście śmiertelne u królika. Szpik kostny okazywał po małych dawkach początkującą hyperplazyę, po większych dawkach zanik. Benzol w większych dawkach u królików prawie zawsze działał szkodliwie na komórki miąższu nerkowego i wątroby. W wielu przypadkach, gdzie wytworzyło się znaczne zubożenie co do ilości krwinek białych, znajdowały się pośród rozszerzonych naczyń włosowatych w wątrobie licznie nagromadzone wielojądrzaste »granulocyty«. Te wyniki świadczą, że leukopenia pod wpływem benzolu jest tylko pozorna. Działanie benzolu na krew jest przemijające.

Sohn przeprowadził szereg badań nad przemianą materyi przy leczeniu benzolem u 3 osób, nie okazujących białaczki i w jednym przypadku białaczki szpikowej. Według niego wytwarza się pod wpływem benzolu zmiana w procesie utleniania w ustroju. Korzystny wpływ działania benzolu w białaczce ogranicza się prawie wyłącznie do zmniejszania się ilości krwinek białych we krwi. To zmniejszanie się ilości krwinek białych jest jednak pozorne i nie stanowi właściwie polepszenia się stanu chorobowego. Przychodzi ono do skutku przez to, że krwinki białe gromadzą się w większej ilości w naczyniach włosowatych trzew wewnętrznych, a w mniejszej ilości w naczyniach krwionośnych obwodowych. Do rozpadu krwinek białych nie przychodzi.

Benzol, przez dłuższy czas podawany w większych dawkach, nie jest obojętny w skutkach.

Za okolicznością powyższą przemawiają spostrzeżenia kliniczne, ogłoszone w ostatnim czasie przez Neumanna i Kiralyfiego. Według Kiralyfiego należy zaprzestać leczenia benzolem, skoro ilość krwinek białych spadnie do 25.000 — 20.000 w 1 mm^3 i nie dozwolić, aby ilość ich obniżyła się do granic prawidłowych. W razie zbyt szybkiego obniżania się ilości krwinek białych radzi Kiralyfi wcześnie przerwać podawanie benzolu, gdyż w przeciwnym razie następstwa mogą być nieobliczalne. Na dowód przytacza przypadek z kliniki, dotyczący 18-letniej dziewczyny, chorej od 2 lat na białaczkę. W chwili przyjęcia na klinikę stwierdzić można było 2,100.000 krwinek czerwonych, a 73.000 krwinek białych w 1 mm^3. Myelocyty wynosiły 20%. Śledziona była bardzo powiększona, wypełniała całą lewą połowę jamy brzusznej i przekraczała na prawo linię środkową. Ciepłota ciała wahała się od 39°—40° C. Chora nie znosiła benzolu i dlatego otrzymywała 3 razy dziennie po 2 gr. benzolu w 50 gr. oliwy w postaci lawatywy. Działanie benzolu w danym przypadku wystąpiło bardzo rychło i silnie, gdyż ilość krwinek białych w przeciągu tygodnia więcej niż o połowę spadła (33.000), podczas gdy ilość krwinek czerwonych wzmogła się do 2,240 000. W ciągu 16 dni obniżyła się ilość krwinek białych do 8.000, a więc do granic prawidłowych, a czerwonych podniosła się do 2,700 000. Śledziona widocznie z dnia na dzień się zmniejszała i sięgała dolnym brzegiem na 3 palce poniżej łuku żebrowego. Chora przestała gorączkować i czuła się podmiotowo tak dobrze, iż zaprzestano podawać nadal benzol. Przypadek też ten uważał Kiralyfi jako świetny wynik leczenia benzolem. Tymczasem spadek ilości krwinek białych dalej postępował i wkrótce dosięgała ilość ich w 1 mm^3 4,200, a nawet 2.800. Wówczas chora dostała silnego krwotoku nosowego, który trwał bez przerwy przez 7 dni i ledwie dał się zatamować. Badanie krwi wykazało w 1 mm^3 1000 krwinek białych, a $1^1/_2$ mil. czerwonych. W 22 dni po odstawieniu benzolu nastąpiło zejście śmiertelne. W dniu śmierci spadła ilość krwinek czerwonych do 960.000, a krwinek białych do 400 w 1 mm^3. Charakterystycznem było, iż brak było myelocytów, a myeloblasty wynosiły zaledwie 3%. Również brak było ciałek czerwonych jądrzastych na dowód, że zdolność odnawiania szpiku kostnego została zupełnie upośledzoną.

Podobnie rzecz się ma w przypadku Neumanna, w którym w przebiegu białaczki pod wpływem benzolu ilość krwinek białych obniżyła się szybko z 56.000 do 5.000. Po odstawieniu benzolu ilość tychże spadła dalej aż do 200. W międzyczasie wystąpił silny krwotok nosowy, a w 39. dniu od zaprzestania stosowania benzolu nastąpiło zejście śmiertelne.

Piśmiennictwo. 1) Selling: Bensol als Leukotoxin. Ziegler's Beiträge. Bd. 51. H. 3. — 2) Koranyi: Die Beeinflussung der Leukämie durch Bensol. Berl. klin. Woch. 1912. Nr 29.— 3) Kiralyfi: Das Bensol in der Therapie der Leukämie. Wien. klin, Woch. 1912. Nr 35. — 4) Todesco: Bemerkungen zur Bensoldarreichung bei Blutkrankheiten. Wiener med. Woch. 1913. Nr 2. — 5) Pappenheim: Zur Bensolbehandlung der Leukämie und sonstiger Blutkrankheiten. Wien. klin. Woch. 1913. Nr 2. — 6) Neumann: Bensolbehandlung der Leukämie. Therapie der Gegenwart. 1913. Nr 2. — 7) Wachtel: Zur Frage der Bensoltherapie der Leukämie. Deutsche med. Woch. 1913. Nr 7. — 8) Klein: Die Wirkung des Bensols auf den leukämischen Prozess. Wiener klin. Woch. 1913. Nr 10. — 9) Stern: Die Behandlung der Leukämie mit Bensol. Wien. klin. Woch. 1913. Nr 10. — 10) Frank Billings: Bensol bei Leukämie. Deutsche med. Woch. 1913. Nr 26. — 11) Türk: Meine bisherigen Erfahrungen über die Bensolbehandlung der Leukämien verglichen mit den Ergebnissen anderer Methoden. Wien. m. Woch. 1913. Nr 10 u. 11. — 12) Sohn: Uber die Beeinflussung des Stoffwechsels durch Bensol sammt Bemerkungen über seine Darreichung bei der Leukämie. Wien. klin. Woch. 1913. Nr 15. — 13) Rössler: Zur Behandlung der Leukämie. Wien. klin. Woch. 1913. Nr 21. — 14) Rodelius: (Ärztlicher Verein zu Hamburg.) Berl. klin. Woch. 1913. Nr 29. — 15) Kiralyfi: Weitere Beiträge zur therapeutischen Verwendung des Bensols. Wien. klin. Woch. 1913. Nr 26. — 16) Kai Jespersen: Ein Fall von bensolbehandelter Leukämie mit eigentümlichem Verlauf. Deutsche med. Woch. 1913. Nr 27.

Oceny i sprawozdania.

Dr Józef Jaworski: **Ciąża i gruźlica oraz wzajemny ich stosunek**. Odczyty kliniczne. Serya XX. Z. 7 i 8.

Długoletnia praca, duże zebrane doświadczenie, dokładna znajomość piśmiennictwa, nasunęły autorowi myśl, by w odczycie klinicznym zebrać wszystko wiadome i przeżyte w sprawie tak żywotnej i ważnej, jak stosunek gruźlicy do ciąży.

Odczyt swój dzieli autor na cztery części. W pierwszej przedstawia rzecz o wpływie okresu płodzenia na gruźlicę; w drugiej omawia sprawę dziedziczenia gruźlicy oraz przenoszenie się jej w małżeństwie; w trzeciej mówi o postępowaniu leczniczem wobec gruźlicy u ciężarnych; w czwartej wreszcie o profilaktyce co do zastępowania osób gruźliczych, oraz o sposobach przerywania ciąży u gruźliczych, względnie o trwałem pozbawieniu płodności.

W każdym rozdziale dał autor wierny obraz wszystkiego, co w danej sprawie napisano, a do tego dodał uwagi, oparte na własnem doświadczeniu i własnej obserwacyi, które streszcza w końcowych wywodach słusznem zdaniem, że nie mamy podstawy, ani ze stanowiska teoretycznego, ani też klinicznego, stawiać zasadę przerywania ciąży jako metody leczniczej gruźlicy. Autor słusznie przeto podnosi myśl ogólnie przodującą w lecznictwie, że leczyć należy chorego, a nie chorobę, że trzeba w każdym przypadku indywidualizować, a nie trzymać się jakichś nieistniejących szablonów leczenia. Dobrowolski.

Dr M. T. Schnirer: **Medizinal-Index und Therapeutisches Vademecum** 1914.

Wśród corocznej powodzi kalendarzy lekarskich, ukazujących się w języku niemieckim, wyróżnia się korzystnie wydawnictwo Schnirera, redaktóra »Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift« obfitą i starannie przerobioną treścią przy niewielkiej stosunkowo objętości (556 stron). Wydawnictwo to zjednało sobie przez 16 lat swego istnienia pewną liczbę zwolenników i u nas; dla nich nie obojętną będzie wiadomość o tegorocznych ulepszeniach, polegających na opracowaniu działu kosmetycznego, rozszerzeniu spisu środków leczniczych, pomieszczeniu tabel Prof. Gaertnera, podających stosunek wzrostu i ciążaru ciała, oraz tabel Dr Hahna do obliczania dawki leków według wieku chorego, przerobieniu rozdziału o żywieniu osesków przez Prof. Knöpfelmachera. Część informacyjna wydawnictwa obliczona jest głównie na pożytek lekarzy wiedeńskich. Z.

Dr med. Henryk Nusbaum: **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** (fizyologia, patologia i terapia ogólna, propedeutyka). Warszawa 1913. Wydawnictwo »Gazety lekarskiej«, str. 473. z portretem i rysunkami w tekście.

Wydanie zbioru prac naukowych jednego autora jest w zakresie piśmiennictwa lekarskiego zdarzeniem rzadkiem,

a u nas wprost wyjątkowem. Wydanie pism Dr Henryka Nusbauma przez »Gazetę lekarską« jest hołdem wdzięczności dla wskrzesiciela tego zasłużonego pisma, a zarazem uczczeniem czterdziestoletniej pracy autora i wyrazem uznania znamienitej jego działalności lekarskiej, piśmienniczej i społecznej. Spis bibliograficzny, dodany do książki, obejmuje przeszło sześćdziesiąt publikacyi z różnych dziedzin, w których Nusbaum służył społeczeństwu naszemu piórem, słowem i czynem. Część pism nielekarskich, dających wyrazistą sylwetę autora, jako obywatela gorąco a rozumnie miłującego kraj, a zarazem uwydatniających niepospolity talent pisarski, wyszła w dwutomowem wydaniu zbiorowem przed czterema laty. Wydany obecnie tom pism z dziedziny przyrodniczo-lekarskiej jest niejako uzupełnieniem tamtego wydawnictwa, uzupełnieniem ze wszech miar pożądanem, dającem obraz innych stron tej bogatej indywidualności duchowej i jej wpływu na ruch umysłowy w naszym świecie lekarskim. Zawarte w tomie tym prace pomimo postępów i zmian, jakie przeszła nauka od czasu pierwszego ich ogłoszenia, pozostały wzorem sumienności i ścisłości badania, jasnego przedstawienia rzeczy, nie przestały być pięknem świadectwem bystrości, pomysłowości i niepospolitych zdolności autora. Gorzką refleksyę, że takiemu talentowi naukowemu związano skrzydła, że przyznana już Dr Nusbaumowi w r. 1882 przez Uniwersytet warszawski docentura fizyologii zatwierdzenia władz nie uzyskała, idąc na pastwę gwałtownego prądu rusyfikacyjnego —, zaciera radosne uczucie wdzięczności, że Dr Nusbaum nie dał pójść na marne owocom swych studyów i że nabytą metodę pracy twórczej — a miał jej wówczas za sobą już całe dziesięciolecie — oddał wraz z bogatymi darami swego umysłu w całości społeczeństwu, na innych polach badań i czynnego działania. Że są tacy, którzy z tragizmu własnego życia, gdy im brutalnie zamknięto dalszą drogę w pełni zawodu naukowego, wykrzesali w sobie zapał do tem silniejszej pracy dla ogółu, podniętę do służenia społeczeństwu z całych sił, wytrwale i wiernie, to w niedoli naszej jest szczęściem i ostoją przyszłości i to jest także zasługą niepoślednią, właśnie przy naszej, zresztą powszechnej skłonności do »opuszczania rąk«.

Poprzedza książkę przedmowa, w której doc. Dr Jan Pruszyński daje krótki życiorys Jubilata i w serdecznych słowach kreśli charakterystykę jego, zakończoną zdaniem: »Na tej karcie pracowitego żywota zapisze się niewątpliwie niejedno jeszcze dzieło, niejeden czyn obywatelski«. R.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Nordmann. **Chirurgia lekarza praktycznego.** (Medizin. Klinik 1913 Nr 16—34). Wobec nawału coraz to nowych sposobów postępowania w chirurgii podaje N. proste sposoby, które lekarz praktyk stosować powinien. Zaczyna od odkażania rąk. Przedewszystkiem lekarz powinien rękę swą szanować i ochraniać od zakażenia, stosując przy badaniach i trudnych opatrunkach palce lub rękawiczki gumowe. Zdejmować opatrunki powinien zawsze narzędziami. Najodpowiedniejszym sposobem mycia rąk dla lekarza praktycznego jest: po odczyszczeniu paznokci wymycie miękką szczotką (szanowanie skóry) przez dwie minuty wodą i mydłem, wytarcie na sucho, a potem mycie wygotowaną miękką szczotką 5 minut, 60% alkoholem, poczem nie potrzeba już żadnego innego środka odkażającego. Co do opatrywania ran, to lekarz praktyczny powinien mieć następujące zasady: Skórę naokoło rany wytrzeć jodyną, ew. na sucho ogolić. Rany zupełnie nie płukać, lecz co najwyżej usunąć z niej ciała obce wyjałowionemi szczypczykami lub wymyć wodą przegotowaną, zresztą unikać stosowania na ranę środków odkażających. Przy opatrywaniu używać zawsze narzędzi, a nie palców. Założyć szczelny opatrunek, ew. przy dużych uszkodzeniach ustalić kończynę Ran nie tamponować zbyt mocno (a postrzałów wogóle nie tamponować). Zbyt często też lekarze niepotrzebnie spieszą się ze szwem, zwłaszcza ran nieczystych, co szczególnie przy uszkodzeniach czaszki może mieć bardzo zgubne skutki. Następnie podaje N. wskazówki postępowania przy zranieniach pojedynczych części ciała, jak czaszki, twarzy, klatki piersiowej, płuc, serca i jamy brzusznej. Postrzały leczy się obecnie na wojnie przeważnie zachowawczo (opatrunek mastisolowy). Postrzały brzucha leczy się na wojnie zachowawczo (o ile nie ma wskazania do natychmiastowej operacyi), w pokoju przeciwnie czynnie. Przy postrzałach kończyn, o ile kość uszkodzona, należy zaraz założyć opatrunek ustalający.

Przy oparzeniach pierwszego stopnia bardzo dobrze jest opatrywać thiolem, i to w ten sposób, że skórę okoliczną odkaża się jodyną, a na miejsce sparzone nakłada się kopystką thiol, pokrywa gazą białą, a potem watą. Przy oparzeniach drugiego stopnia pęcherze należy jałowo nakłuć, a potem opatrzeć jak wyżej. Gdy pęcherzy bardzo dużo, to celem szybszego wysuszenia stosować można zasypki (nowiform, wioform, ortoform i t. p.). Przy oparzeniach trzeciego stopnia opatrujemy przeciwgnilnie (najlepiej gazą i proszkiem jodoformowym). Po zastosowaniu thiolu zmieniamy opatrunki w ten sposób, że gazę na ranie zostawia się 1 do 6 dni, zmienia się tylko warstwy powierzchowne, a dopiero potem odejmuje się cały opatrunek po kąpieli, poczem miejsca ziarnkujące lapisuje się i na całą ranę daje się maść borową, lub lapisową (1%). Przy oparzeniach trzeciego stopnia kąpiele mydlane przyspieszają też oddzielanie się części obumarłych. W razie objawów zakażenia zmieniamy opatrunki często i stosujemy kąpiele i środki odkażające. Pamiętać należy przytem o tworzeniu się bliznowatych przykurczeń i zapobiegać im na czas! Takie same mniej więcej postępowanie stosuje się przy odmrożeniach. K.

Jaklin. **Nowy kierunek w chirurgii.** (Prace z sanat. Jaklina, Pilzno 1913). Treść pracy Jaklina da się wyrazić w kilku słowach: Dla rany groźne są nie drobnoustroje zwykłe, lecz tylko takie, które zyskały jadowitość przez przejście przez jakiś ustrój, zwłaszcza septycznie chory. Z tego powodu nieraz rany, zadane w życiu codziennem, nawet duże i nieczyste, goją się dobrze, a nadwrót nasze rany operacyjne, wykonane w idealnych warunkach czystości, lecz w zakładach, ropieją, bo zakażamy je bezwiednie, przenosząc drobnoustroje z innych chorych na operowanego. Lepiej, niż kosztowne urządzenie zakładu, pomoże w zachowaniu aseptyki, gdy chirurg, pragnący operować jałowo, wyrzeknie się zupełnie wraz ze swym personalem operowania spraw septycznych, nawet w praktyce prywatnej. Tak uczynił Jaklin: przyjmuje do swego zakładu tylko cierpienia czyste, a jak wykazuje statystyka, od tego czasu ma wyniki wprost idealne. (Rzecz teoretycznie zupełnie słuszna, niestety jednak w praktyce wyjątkowo tylko wykonalna, choćby ze względu na warunki społeczne, pomyłki rozpoznawcze i t. p. Przypisek sprawozdawcy). K.

Klopp. **O granicach zachowawczego leczenia w chirurgii polowej.** (Mediz. Klinik 1913 Nr 33). W chirurgii polowej hołduje się obecnie postępowaniu zachowawczemu, ma ono jednak także swoje granice i nie należy, postępując szablonowo, zaniedbać odpowiedniej pory do potrzebnego zabiegu operacyjnego. Nie można np. twierdzić ogólnie, że wszystkie postrzały kości leczą się dobrze przy postępowaniu zachowawczem. Przeciwnie, nieraz musimy i tutaj w pewien czas operować, np. w razie ropienia, przetok, utworzenia się martwaka, stawu wrzekomego i t. p. Często także trzeba operować przy uszkodzeniach nerwów (szew nerwu, uwolnienie ze zrostów i t. p.). Tutaj nie na-

leży się zbyt spieszyć z zabiegiem, bo nieraz początkowe porażenia ustępują, ale też nie należy zbyt zwlekać, by znowu nerw nie uległ zwyrodnieniu. Przy postrzałach brzucha postępuje się obecnie na wojnie także zachowawczo, nie wynika jednak z tego, by w razie rozwijającego się zapalenia otrzewnej, ropnia, krwotoku i t. p. czekać bezczynnie. Często wreszcie operować musimy przy postrzałach naczyń krwionośnych, i to odrazu w razie silnego krwotoku, lub następowo w razie wytworzenia się tętniaka. Co do leczenia samych ran, to zastoina Biera i naświetlanie słońcem zapobiega ropieniu lub je zmniejsza. Ze środków na rany zaleca Klapp balsam peruwiański, a zwłaszcza olejek terpentynowy, który przy ranach zakażonych działa znakomicie. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Mc. Donagh. I. E. R. **Rozwój pasorzyta kiły.** (The Brit. Journ. of derm. 1912. Z. 11). Autor nawiązuje swoje badania rozwoju krętka bladego do dwóch pytań: dlaczego czas wylęgania kiły jest tak długi i dlaczego choroba nie daje się uleczyć 1—2 wstrzykiwaniami salwarsanu. Odpowiedź dają jego badania skrawków z nacieków kiłowych i gruczołów, jak również soku z tkanek, barwionego in vivo rozczynem błękitu metylenowego z boraksem. Wedle tych badań cykl rozwojowy rozpoczyna się sporozoitami, opatrzonymi rzęskami. Te drobne twory wchodzą własnym ruchem do dużych komórek jednojądrowych, gdzie otaczają się płaszczem plazmy i rozwijają się na koszt cytoplazmy, dzieląc się, a pozostawiając jądro nietkniętem. Każda połowa podzielonego tworu jest masą barwiącą się, ale nie ziarnistą, w której wytwarzają się wakuole i która zamienia się w nieregularny kłębek, wydostający się poza obręb komórki. Kłębek rozpada się później na nieregularne ciałka, lekko faliste, z których rozwija się krętek blady, uważany przez autora za męski gamet (mikrogamet). Druga połowa podzielonego sporozoitu przybiera postać kulistą, którą D. nazywa żeńskim gametem (makrogamet) i który jest zdolny do zapłodnienia. Samego aktu zapłodnienia autor nie spostrzegał, wydaje mu się jednak bardzo prawdopodobnem, że ciałko kuliste tworzy »stożek dla przyjęcia mikrogameta«, a ten wchodzi wewnątrz, aż oba jądra (pronucleus), żeńskie i męskie, zetkną się ze sobą. Wedle tych spostrzeżeń pasorzyt kiły należy do grupy sporozoa, do klasy: telosporidiae. Możnaby go zatem nazwać: leukozytozoon syphilis. Zakażenie następuje prawdopodobnie przez sporozoity. F. Krzyształowicz.

Richter E. **O sproszkowanej rtęci czyli o nowym środku przeciwkiłowym (kontraluesin).** (Dermat. Woch. T. 55. Z 39). Autorowi udało się uzyskać przy pomocy odrębnej metody rozdzielenie rtęci na bardzo drobne cząsteczki, wielkości ziarenkowców, w rozczynach wodnych. Przez to wessanie jej jest bardzo ułatwione. Rtęć tak rozdrobniona jest jednym ze składników nowego środka przeciwkiłowego, nazwanego »kontraluesin«; obok tego zawiera on chininę, sozojodol, sublimat i arsen. Do leczenia używa się tylko 4 wstrzykiwań po 1 cm^3 rozczynu. Próby u 126 chorych wypadły pomyślnie. F. Krzyształowicz.

Audry. **O leczeniu kiły arsenobenzolem i rtęcią.** (Annal. d. derm. et syphil. 1913 Z. 3). Z reguły robi autor 2 wstrzykiwania salwarsanu w możliwie dużych dawkach, 0,55—0,60 u mężczyzn, a 0.45—0,55 u kobiet, poczem wstrzykuje olej szary. Wyniki przy tem leczeniu są o wiele korzystniejsze, aniżeli po leczeniu jedynie rtęcią, dlatego A. uważa ten mieszany sposób leczenia (arsenobenzolem i rtęcią) za najkorzystniejszy. F. Krzyształowicz.

Brocq. **Jak należy stosować salwarsan?** (Annal. de derm. et syphil. 1912 Nr 12). Autor objaśnia swoje stanowisko co do użycia salwarsanu, wychodząc z zasady, że zawsze trzeba postępować ostrożnie. Przedewszystkiem zarzuca tej metodzie leczenia brak gotowego rozczynu, przez co popełnić można błąd i stąd dla lekarza praktyka płynie pewna trudność. Salwarsan uważa jednak B. za środek bardzo korzystnie działający w kile, dlatego w pierwszym okresie zaleca stosowanie dość dużych dawek w celu silnego działania na krętki; obok tego jednak używa B. i leczenia rtęciowego przez 3—4 lat przy kontroli odczynu Wassermanna i uznaje chorego za wyleczonego, gdy odczyn pozostaje trwale ujemnym. W okresie drugorzędnym stosuje B. salwarsan w przypadkach nieleczonych, u tych, którzy leczeni dotąd rtęcią, okazują jeszcze zmiany i u tych kiłowych, którzy mimo leczenia rtęcią i salwarsanem podlegają uporczywym nawrotom. Przy braku objawów o odczynie W. dodatnim nie zaleca B. salwarsanu, nie uważając go za całkiem bezpieczny. W okresie drugorzędnym stosuje B. zawsze po 3—4 wstrzykiwaniach tego przetworu leczenie rtęciowe. W przypadkach kiły późnej zaleca B. salwarsan w sprawach niszczących, szczególnie na błonach śluzowych, w uporczywych zmianach języka, w naciekach dłoni i podeszew, nawet z pewnemi ostrożnościami w kile narządów wewnętrznych; w zwyczajnych zaś sprawach późnych pozostawia do rozstrzygnięcia samemu choremu, czy chce być leczony rtęcią lub salwarsanem. Co do leczenia salwarsanem wiądu rdzenia i porażenia postępującego nie doszedł jeszcze B. do całkiem stanowczego sądu. W przypadkach dawno przebytej kiły, w których mimo braku objawów odczyn W. jest dodatni, nie jest autor bezwzględnym zwolennikiem leczenia salwarsanem. W sprawie działania tego przetworu na tkankę nerwową (neurotropie) przypuszcza B., że dawki duże mogą do pewnego stopnia uszkadzać układ nerwowy, tak że stanowi on potem miejsce mniejszej odporności dla jadu kiłowego. Przytem B. jest zwolennikiem małych dawek, 0,005—0,0075 na kg. ciała.
F. Krzyształowicz.

Jadassohn. **O leczeniu gruźlicy skóry.** (Mediz. Klinik. 1913 Nr 29). W leczeniu gruźlicy skóry zwracać należy tak samo, jak przy gruźlicy płuc, baczną uwagę na stan ogólny i odżywienie. W leczeniu miejscowem zaleca J. pyrogallol (10—20%) w postaci maści. Leczenie lampą Finsena jest zbyt żmudne. Lampa Kromayera oddaje przy gruźlicy skóry wcale dobre wyniki, natomiast przy toczniu J. nie był zadowolony z tego leczenia. Leczenie chirurgiczne, tam gdzie ze względów kosmetycznych jest możebne, oddaje bardzo dobre usługi. Obecnie już niechętnie stosujemy skrobania i przypalania, natomiast wielkie nadzieje pokłada się w leczeniu promieniami Röntgena, radem i mesotorem; zwłaszcza jest mesotor dogodny przy leczeniu gruźlicy błon śluzowych. Skutek jest tem lepszy, im wcześniej, a doszczętniej weźmiemy się do leczenia (pouczanie publiczności). Stosować należy leczenie kombinowane i stwarzać zakłady do leczenia gruźlicy skóry i tocznia, by umożliwić szerokim warstwom korzystanie z najnowszych postępów lecznictwa. K.

Roas i Ditlevsen. **Badania nad odczynem luetynowym Noguchiego.** (Archiv für Dermatologie und Syphilis CXVI Z. 3 1913). Autorowie otrzymali dodatni odczyn Noguchiego w 100% w przypadkach kiły trzeciorzędnej i dziedzicznej (razem 23 przypadków). W kile I i II okresu odczyn ten był ujemny, w porażeniu postępującem przeważnie ujemny (na 28 przypadków ujemny w 26, dodatni w 2 przypadkach). Wobec tego autorowie uważają odczyn Noguchiego za swoisty tylko dla kiły III okresu i dziedzicznej, jednak i w tych przypadkach wstrzykiwania kontrolne (tej samej pożywki, lecz bez krętka bladego) wywoływały również odczyn, chociaż mniej wybitny. W dosyć znacznej liczbie przypadków kiły wstrzykiwania hodowli bakteryi okrężnicy i wiewióra również dały odczyn dodatni. Wobec tego odczynu Noguchiego autororowie nie uważają za odczyn swoisty odpornościowy, lecz przypuszczają, że przy powstawaniu tego odczynu odgrywa rolę i zmieniona wrażliwość chorych na kiłę.
W. Grzywo-Dąbrowski.

Sprawy Towarzystw naukowych

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie w dniu 13. X. 1913 r.

Czł. L. Birkenmajer przedstawia pracę własną: **Mikołaj Kopernik. I. Pochodzenie, rodzina i lata młodzieńcze.** Jako początek szeregu monografii, mających dać pełny obraz życia i twórczości Kopernika na zasadzie wieloletnich badań autora, przedstawia autor pochodzenie, stosunki rodzinne oraz wydarzenia z młodzieńczych lat Kopernika, poprzedzających wpis jego do metryki Uniwersytetu Jagiellońskiego (jesień 1491). Wiadomość, dawniej już ustalona, o pierwotnem (XIII wiek) pochodzeniu Koperników ze wsi tej nazwy (Kopernik, Copernic, Copirnik itp.) na Śląsku, leżącej w pobliżu Nissy w dawnem Księstwie Grotkowskiem, uzupełnia autor nowymi szczegółami, zwłaszcza co do rodziny Watzelrodów, inaczej Watsenrodów, z której pochodziła matka Kopernika; autor rozwiewa nieuzasadnione domysły o rzekomem z Westfalii przybyciu ich do ziemi Chełmińskiej i wykazuje na podstawie źródeł, że pochodzili oni (XIII/XIV wiek) zarówno jak Kopernikowie ze Śląska, a mianowicie z Księstwa Świdnickiego, że jednak już rychło (pocz. XIV w.) przenieśli się do Wrocławia, a stąd jedna ich linia osiadła wkrótce w Toruniu. Ta właśnie gałąź rodzinna z domami Modlibogów, Peków i Konopackich, a później także Działyńskich i Kostków kilkakroć była spokrewniona. Obszerniejsze wspomnienie życia i działalności poświęca autor m. i. wujowi Kopernika, Łukaszowi Watzelrode, kanonikowi kujawskiemu, a niebawem biskupowi warmińskiemu (1489—1512), który w politycznych dziejach Polski odegrał znaczną rolę za panowania Jana Olbrachta, Aleksandra i Zygmunta I. Ten ostatni z Watzelrodów, rodzony wuj i opiekun dziesięcioletniego naówczas Mikołaja, był w bardzo blizkich a przyjacielskich stosunkach do Kallimacha, do Zbigniewa Oleśnickiego, arcybiskupa gnieźnieńskiego, co w niejednem objaśnia późniejsze wydarzenia, a zarazem rzuca cośkolwiek światła na późniejsze stadya naukowej Kopernika karyery. Dalej zdołał autor zbadać, że matka Kopernika, owdowiawszy, przeniosła się z obu nieletnimi synami do Włocławka, gdzie ów Łukasz Watzelrode, jako kanonik tamtejszej kapituły, miał wówczas rezydencyę, a gdzie w tych czasach istniała przy katedrze »u kanoników« szkoła, najlepszą i zasłużoną ciesząca się reputacyą. We Włocławku przebywał Kopernik dłuższy czas. Autor stwierdził wreszcie, że mieszkający tam wówczas Mikołaj Wodko z Kwidzynia, mąż niepospolity, doktor sztuk wyzwolonych i medycyny, niegdyś profesor astronomii w Uniwersytecie bolońskim, odegrał w młodzieńczych latach Kopernika rolę znaczniejszą, że on to Kopernika do korzystania z wykładów matematyki, przyrodoznawstwa i astronomii w Uniwersytecie krakowskim przysposobił.

(Oprócz tego przedstawiono na tem posiedzeniu 4 prace z zakresu nauk przyrodniczych).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.
Posiedzenie z dnia 2. VII. 1913.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 40.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Odczytano list Prof. Dra Pieniążka z podziękowaniem za zamianowanie go członkiem honorowym Towarzystwa.

3) Odczytano odezwę Namiestnictwa, zapraszającą do udziału w międzynarodowym kongresie dla spraw opieki nad dziećmi w Brukseli.

4) Kol. Prof. Gliński przedstawił i omówił:

a) Okaz **raka pęcherzyka żółciowego.** (P. S. 433. 1913). Przypadek dotyczył 46-letniego mężczyzny, u którego klinicznie rozpoznawano guz wątroby i który zmarł wśród objawów postępującego wyniszczenia. Badanie pośmiertne stwierdziło obecność rozległych zrostów w okolicy pęcherzyka żółciowego. Po ostrożnem ich odpreparowaniu stwierdzono, iż woreczek był mały, wypełniony gęstą klejowatą zielonkawą cieczą bez jakiejkolwiek domieszki żwiru lub kamyków żółciowych; prócz tego tuż ponad miejscem odejścia przewodu woreczkowego w ścianie woreczka po stronie przeciwległej od wątroby i więcej ku stronie lewej znajdował się na przestrzeni srebrnej korony nieowrzodziały naciek nowotworowy, zajmujący całą grubość ściany woreczka. Jednocześnie w przypadku tym stwierdzono obecność przerzutów nowotworowych w wątrobie (kilkanaście guzków wielkości ziarna grochu do orzecha tureckiego), oraz w gruczołach chłonnych przy wnęce wątroby (co skutkiem ucisku na przewody żółciowe spowodowało silną żółtaczkę); wreszcie niezliczoną ilość przerzutów nowotworowych znaleziono w gruczołach krezkowych i w krezce wogóle, co dało powód do znacznego nierównomiernego poskracania krezki i wielokrotnych zagięć w obrębie jelit. Badanie mikroskopowe nowotworu w woreczku i jego przerzutów stwierdziło wszędzie utkanie raka włóknistego. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu: 1) na zupełny brak kamieni lub żwiru przy raku woreczka żółciowego, podczas gdy zwykle sprawy te widuje się jednocześnie, a wielu autorów uważa kamienie żółciowe za czynnik usposabiający, a nawet wprost powodujący powstawanie raków woreczka; 2) ze względu na małe rozmiary nowotworu pierwotnego, a wielką ilość przerzutów; 3) ze względu na olbrzymią ilość przerzutów nowotworowych w obrębie gruczołów krezkowych i krezki wogóle.

b) Okaz **wrzodów trawiennych przewlekłych w żołądku.** (P. S. 428. 1913). Przypadek dotyczył 42-letniego mężczyzny, u którego z powodu zwężenia odźwiernika wykonano gastroenterostomię. Mimo zupełnie gładkiego przebiegu pooperacyjnego chory w pewien czas po operacyi zmarł wśród objawów postępującego wynędznienia. Badanie pośmiertne stwierdziło, że rana po gastroenterostomii była już zupełnie wygojona, otwór był dostatecznie szeroki i wogóle gastroenterostomia funkcyonowała najzupełniej prawidłowo. Żołądek był dość znacznie powiększony; światło odźwiernika i wpustu było bardzo znacznie zwężone (z trudnością można było od strony żołądka wprowadzić do odźwiernika i do wpustu czubek małego palca, który jednak dalej nie przechodził): ściany mięsne żołądka oraz ściany przełyku (w części ponadwpustowej) były dość znacznie zgrubiałe, przerosłe, światło przełyku w części dolnej wyraźnie rozszerzone. Po rozcięciu wpustu i odźwiernika stwierdzono w nich po jednem głębokiem owrzodzeniu o cechach przewlekłego wrzodu trawiennego (we wpuście wielkości srebrnej 2-koronówki, w odźwierniku wielkości 2-halerzówki); wrzody te spowodowały zwężenie wpustu i odźwiernika i wynikające stąd dalsze następstwa. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na jednoczesne usadowienie się wrzodów trawiennych na 2 przeciwległych krańcach żołądka i tylko właśnie w tych 2 miejscach; okoliczność, że żołądek (nawet po założeniu gastroenterostomii) był jeszcze rozszerzony, chociaż wpust uległ znacznemu zwężeniu, zdaje się przemawiać za tem, że następowy przerost ściany mięsnej przełyku pokonywał przeszkodę we wpuście i że dzięki temu pokarmy jeszcze dość łatwo dostawać się mogły do żołądka.

c) **Xanthoma** (P. M. 282. 1913). Przypadek dotyczył 7-letniego chłopca, którego przyprowadzono do tutejszej uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej (Prof. Kader) ze skargami, że od roku zauważono u niego na klatce piersiowej jakiś guzek, stale się powiększający. Guzek ten operacyjnie usunięto (Dr Składkowski) i przesłano do zbadania mikroskopowego do tutejszego zakładu anatomii patologi-

cznej. Guzek ten wystawał dość znacznie ponad powierzchnię skóry, był ściśle ze skórą zrośnięty, dochodził bezmała wielkości jaja kurzego i posiadał powierzchnię nierówną, lekko owrzodziałą. Już po rozcięciu przy oglądaniu gołem okiem zwróciło uwagę prelegenta niezwykłe bladożółtawe zabarwienie guzka, dopiero jednakże przy badaniu mikroskopowem zdołał prelegent dojść do uależytego rozpoznania i stwierdził w guzku tym obraz Xanthoma (Tumor xanthomatosus sarcomatodes partim gigantocellularis). W związku z tym przypadkiem omawia prelegent sprawę Xanthoma wogóle i zwraca uwagę, że przedstawiony przypadek z pośród innych wyróżnia się: 1) tem, że przedstawiony okaz był jedynym na ciele chorego, 2) niezwykłymi rozmiarami (wielkości jaja kurzego), 3) niezwykłem usadowieniem na klatce piersiowej. Prelegent podnosi również że uważane ogólnie za charakterystyczne dla Xanthoma komórki (t. zw. »Xanthomzellen« niemieckich autorów) nie stanowią elementu swoistego dla tej sprawy chorobowej i zdarzają się również i przy innych sprawach chorobowych (np. wśród podścieliska w t. zw. wielkich białych nerkach). Dodać należy, że badanie kliniczne (Dr Składkowski) nie stwierdziło w tym przypadku ani żółtaczki, ani też cukru lub białka w moczu. (Streszczenia własne).

W dyskusyi zabiera głos a) kol. Prof. Krzyształowicz, podnosząc rzadkość Xanthoma i rozpatrując sprawę z punktu widzenia dermatologicznego. — b) Kol. Prof. Wicherkiewicz zwraca uwagę, że Xanthoma, występujące na powiekach, jest stosunkowo dosyć częstą sprawą i że zdarza się częściej u kobiet, niż u mężczyzn. — c) W odpowiedzi kol. Prof. Gliński zaznacza, że rzeczywiście Xanthoma palpebrarum jest sprawą dosyć częstą w odróżnieniu od Xanthoma multiplex, również i budowa histologiczna obu tych nowotworów jest różna.

5) Kol. Prof. Piltz przedstawia chorego z kliniki psychiatrycznej z objawami Brown-Sequarda, powstałymi skutkiem **uszkodzenia rdzenia piersiowego nożem**. Omawia przy tej sposobności zmiany czucia, zmiany w odruchach, sile mięśniowej i upośledzenie sprawności mięśniowej, występujące u tego chorego.

6) Kol. Prof. Krzyształowicz wygłosił wykład: **Przemiana materyi, a choroby skórne.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos: a) kol. prym. Borzęcki, przecząc twierdzeniom prelegenta, jakoby świerzbiączka (prurigo Hebrae) dała się uleczyć wyłącznie przez używanie częstych kąpieli, przestrzeganie czystości skóry i higieny. Typ chorobowy, jak go określił Hebra, stanowi jednostkę chorobową z właściwemi zmianami i objawami i jest chorobą nieuleczalną. Niewątpliwie zdarzają się przypadki u dzieci (1—2-letnich), u których stwierdza się zmiany, mogące sprawiać wrażenie, że są zwiastunami świerzbiączki skóry; utrzymują się latami, mijają i dziecko wraca do zdrowia. To są przypadki, które Brown opisał i trafnie nazwał »prurigo temporanea«. Czy przypadki świerzbiączki są rzadsze o wiele w Niemczech północnych, Anglii, jak zaznacza prelegent, kol. Borzęcki nie wie; dodaje jednak, że we Wrocławiu przypadków świerzbiączki jest dużo. Być może, że warunki klimatu nadmorskiego tłómaczą rzadkość choroby nad wybrzeżami morskiemi. — b) Kol. Prof. Reiss zaznacza, że niemniej ciekawą rzeczą są sprawy chorobowe skórne, występujące u osobników z upośledzoną czynnością któregoś z gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu Przytacza na dowód przypadek, spostrzegany przez siebie. U chorej, operowanej na wola, w parę tygodni po operacyi wystąpiły objawy świerzbiączki, które ustąpiły po leczeniu przetworami tarczycy. — c) W odpowiedzi kol. Prof. Krzyształowicz twierdzi, że uważa świerzbiączkę Hebry za chorobę uleczalną, ale tylko w początkach cierpienia, a nie w okresach późniejszych. Wątpi w jej pochodzenie na tle nerwowem, natomiast twierdzi, że niemałą rolę w jej powstawaniu odgrywa klimat i wpływ atmosferyczny. Dr J. Zubrzycki, sekretarz.

Stowarzyszenie lekarzy w Warszawie.

Posiedzenie z d. 29. X. 1913.

Dr Jan Szmurło: **O potrzebach naszego piśmiennictwa lekarskiego.**

W ostatnich czasach coraz częściej spotykamy się z utyskiwaniami na obniżenie się poziomu naukowego polskich lekarzy, na niechęć ich do czytania dzieł naukowych i do podejmowania prac naukowych. Mamy wprawdzie dwanaście pism lekarskich ogólnych i specyalnych, redakcye jednak skarżą się na skąpy i często nieodpowiedni materyał do druku i brak chętnych współpracowników w dziale streszczeń. Znacznie gorzej jeszcze przedstawia się rzecz z dziełami oryginalnemi i tłumaczonemi, obejmującemi pojedyncze działy wiedzy lekarskiej: z podręcznikami, monografiami i odczytami klinicznemi. Pod tym względem literatura nasza jest nadzwyczaj uboga; są pewne działy medycyny, jak choroby skórne, chemia fizyologiczna, farmakologia, anatomia topograficzna, terapia ogólna, fizykoterapia, w których nie posiadamy ani jednego podręcznika nietylko oryginalnego, lecz nawet i tłumaczonego. Działy te jakgdyby dla naszego ogółu lekarskiego nie istniały. Prelegent przedstawił szczegółową tablicę dzieł i podręczników medycznych oryginalnych i tłumaczonych, ilustrującą dosadnie luki naszego piśmiennictwa. Młodzież uniwersytecka niema z czego uczyć się medycyny i z konieczności nabywać musi dzieła obce kosztowne, lub tanie rosyjskie, ale liche. Starsi lekarze prowincyonalni, nie władający zwłaszcza dostatecznie językami obcymi, nie mają z czego wiadomości swych uzupełniać. Położenie zaiste rozpaczliwe, a niebezpieczeństwo, grożące umysłowości naszego stanu oraz językowi ojczystemu, ogromne.

Przyczyną tego stanu może być albo brak uczonych, mogących lub chcących wypowiedzieć swą wiedzę szerokiemu ogółowi, albo też brak wydawców, którzyby chcieli podręczniki wydawać.

Co do pierwszego, to fakty temu przeczą. Mamy dość ludzi wybitnych, znakomitych pedagogów, umiejących rzecz przejrzyście wyłożyć, większość ich jednak nie obdarzyła swych słuchaczy streszczeniem swego naukowego »credo«. Owa »improductivité« sprawia, że większość ludzi wysokiej wiedzy nie pozostawia po sobie na polu piśmiennictwa lekarskiego wybitniejszych śladów. Na zachodzie wyrobiła się pewna siła opinii, zmuszająca uczonego profesora do zdawania, jeżeli tak rzec można, egzaminu przed ogółem lekarskim ze swych zdolności w postaci dzieł naukowych; u nas profesorem pozostawać może dziesiątki lat człowiek, który ledwie od czasu do czasu zdobędzie się na jakiś artykuł w zakresie swej specyalności. Do wydania większych prac nikt z lekarzy, zajmujących katedry profesorskie, nie czuje się zobowiązanym. Mamy więc profesorów, którzy większego dzieła nigdy nie napisali i mamy całe działy medycyny, dla których ani jednego podręcznika w języku polskim nie posiadamy. Brak polskich dzieł lekarskich tłumi potrzebę czytania, więc też i pisma lekarskie tracą czytelników, a niekiedy i dzieło naukowe nie znajduje nabywców. Świat lekarski ubożeje umysłowo w tym zastoju, a o nowszych zdobyczach naukowych dowiaduie się nieraz dopiero z prasy ogólnej. Liczba lekarzy polskich we wszystkich zaborach wraz ze słuchaczami medycyny wynosi około 4000. Te cztery tysiące przedstawicieli medycyny powinny w prędkim czasie wyczerpać choć jeden nakład dzieł lekarskich, tymczasem rzeczywistość brutalnie przeczy temu przypuszczeniu.

Z dzieł lekarskich polskich tylko »Dyagnostyka różniczkowa« Biegańskiego rozeszła się w dwu wydaniach po 1000 egzemplarzy. Wyczerpany został cały nakład »Fizyologii« Cybulskiego, wyczerpany został prawie cały nakład »Dyagnostyki anatomo-patologicznej« Dmochowskiego«, »Choroby oczu« Ziemińskiego rozeszły się w 600 egzemplarzy. Jednakże mamy dzieła oryginalne lub tłomaczone, które rozeszły się ledwie w kilkuset, a nawet kilkudziesięciu egzem-

plarzach. Natomiast coraz liczniej przenikają do nas dzieła w językach obcych, a nawet w języku rosyjskim, oryginalne lub tłómaczone.

Ponieważ dzieła polskie rozchodzą się w tak skromnej liczbie, przeto księgarze nie kwapią się z ich wydawaniem. Mamy szczęściem Kasę Mianowskiego, rozporządzającą, zwłaszcza obecnie, dużymi funduszami, ale i ona w stosunku do innych działów wydaje dzieł lekarskich znacznie mniej. Ona jedna mogłaby zachęcać jednostki, znane na polu naukowem, do pisania dzieł, wydawać je i w ten sposób podnieść upadające piśmiennictwo naukowe lekarskie. Miejmy nadzieję, że zrozumie ona swe stanowisko i odpowiedzialność przed ogółem i zechce przejść z roli biernej w rolę czynną. Dzięki temu, że dzieła lekarskie wydawane są przez Kasę, księgarze nie reklamują tych dzieł wcale. Prospektów się nie rozsyła, wydawnictwa galicyjskie u nas nie pojawiają się wcale na wystawach sklepowych; wszystko to bynajmniej nie sprzyja rozpowszechnianiu się dzieł polskich.

W celu naprawy tych stosunków prelegent proponuje:

1) Zachęcać, a nawet wywierać nacisk na profesorów uniwersytetu, aby swe wykłady wydawali w postaci podręczników, aby wszelkie prace większe przedewszystkiem ogłaszali po polsku. Powinniśmy wyrobić opinię publiczną lekarską, że profesor, który nie daje ogółowi poważnego dzieła, nie jest na właściwem miejscu i zmusić świat profesorski do liczenia się z tą opinią.

2) Powinniśmy żądać od profesorów, aby słuchaczom swym zalecali przedewszystkiem dzieła w języku ojczystym, oryginalne lub tłómaczone, a później dopiero cudzoziemskie.

3) Najlepsze dzieła lekarskie w językach obcych powinny być przyswojone literaturze ojczystej. W tym celu powinna się zorganizować komisya, chociażby przy Stowarzyszeniu, której zadaniem byłoby zasięgać rady profesorów i uczonych lekarzy co do dzieł, które należy przyswoić literaturze polskiej. Punkt ciężkości musi leżeć na młodzieży uniwersyteckiej, ich potrzeby naukowe powinny być przedewszystkiem zaspokojone.

4) Na reklamowanie dzieł wydanych należy zwrócić baczniejszą uwagę. Wydawcy powinni ogłaszać prospekty, urządzać przedpłaty, wyszukiwać kolporterów wśród słuchaczów uniwersytetu, a nawet pośród lekarzy, wreszcie organizować sprzedaż na raty. Stowarzyszenie powinno mieć w swym lokalu stałą wystawę dzieł lekarskich polskich i uzyskać dla swoich członków pewne ustępstwo od cen księgarskich. Praktycznie rzecz biorąc, należy utworzyć komisyę z ludzi chętnych i sprawie przychylnych, którzyby sprawę dobrze zorganizowali i nad nią stale czuwali.

W. Knappe.

Obchód jubileuszowy Dr Alfreda Sokołowskiego.

Obchód jubileuszowy, urządzony w Warszawie 9. listopada b. r. dla uczczenia czterdziestolecia pracy Dr Alfreda Sokołowskiego, składał się z dwu części. Pierwszą było zebranie w szpitalu św. Ducha, gdzie Czcigodny Jubilat przez lat 30 bez przerwy pracuje jako ordynator; była to niejako »domowa« uroczystość szpitalna, w której uczestniczyli dawni i obecni asystenci i uczniowie Dr Sokołowskiego, lekarze, Siostry miłosierdzia i urzędnicy szpitala. Tutaj przemawiali Dr Tuz imieniem młodszych asystentów, Dr Łogucki imieniem dawnych uczniów, Dr Pawiński od kolegów-ordynatorów i Dr Mincer w zastępstwie naczelnego lekarza szpitala, złożonego niemocą, poczem odsłonięto portret Dr Sokołowskiego.

Drugą częścią był hołd, złożony Jubilatowi przez mnogie instytucye i stowarzyszenia. Obchód rozpoczął się złożeniem Jubilatowi w darze wspaniałego pamiątkowego zeszytu »Gazety lekarskiej«, zawierającego 18 prac jego asystentów i uczniów. Zeszyt ten wręczył Jubilatowi imieniem całego ich grona Dr B. Dębiński. Następnie przemawiał prof. Dr Kryński imieniem Wszechnicy Jagiellońskiej, oznajmiając, że Senat uniwersytetu uchwalił ofiarować Dr Sokołowskiemu honorowy doktorat medycyny, oraz imieniem Towarzystwa naukowego warszawskiego. Od Towarzystwa lekarskiego warszawskiego przemawiał prezes jego Dr Pawiński, od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i od »Przeglądu lekarskiego« doc. Dr Koźniewski z Krakowa, wręczając adres Towarzystwa i zeszyt pamiątkowy naszego tygodnika; od Ligi przeciwgruźliczej w Łodzi Dr Seweryn Sterling, od szpitala św. Ducha Dr Mincer, od Towarzystwa higienicznego warszawskiego wiceprezes Dr Bączkiewicz, od Towarzystwa przeciwgruźliczego warszawskiego wiceprezes p. Karpiński, od Sekcyi laryngologicznej Dr Meyerson, od Towarzystwa ratunkowego i »Medycyny i Kroniki lek.« Dr Józef Zawadzki, od Stowarzyszenia lekarzy polskich Dr Adam Przyborowski, od Komitetu Sanatoryum w Rudce p. Gerlach, od Kasy wsparcia wdów po lekarzach Dr Babiński, wreszcie od »Gazety lekarskiej« Dr A. Puławski. Ze wszystkich stron Polski od Towarzystw lekarskich i wybitnych lekarzy nadeszło mnóstwo listów i depesz, z których godzi się przytoczyć piękny list Dra Konrada Dobrskiego, najwymowniej ujmujący nastrój obchodu:

»Po znojnem lecie, na koniec żniw, na wsi u nas bywa — okrężne. Okrążą i Ciebie młodzi żeńcy na zawodowym zagonie. Na progu jesieni Twego żywota dadzą Ci dzień słoneczny, pamiętny.

Przodownikiem im byłeś, więc Ci powiedzą: »Plon niesiemy, plon«. I złożą Ci wieniec obrzędowy z różnobarwnych kłosów i kwiatów, bo na różnorodnych zbierany zagonach, na różnych niwach, które Ci uprawiać przyszło. A czyniłeś to zawsze niepowszednio pracowicie i wytrwale, zawsze owocnie. Na różnorodnych niwach byłeś im przykładem i wzorem, jak spełniać trzeba obowiązki społeczne i osobiste, jak należy roztropnie zamierzać, wytrwale dążyć, skutecznie osiągać.

Od zarania Twej zawodowej pracy byłem bliższym, czy dalszym jej świadkiem. Stwierdzam, że w danych warunkach czyniłeś wszystko, co było możebne, by pracować z pożytkiem dla ogółu. Więc niosę Ci za to wyrazy wysokiego uznania i serdeczne życzenia, by jesień Twojego żywota była długa i słoneczna, by to była prawdziwa »polska jesień«, w której się zbiera i spożywa owoce ubiegłych znojów i nie ustaje w pracy przygotowania roli dla tych, którzy po nas przyjdą«.

Podniosłą uroczystość zakończył Czcigodny Jubilat przemówieniem następującem:

»Wobec takich niezwykłych dowodów uznania, jakie mnie

spotkało od zgromadzonych tutaj Szanownych Panów i Kochanych Kolegów, mało jest słów, któremi mógłbym wyrazić im podziękowanie.

Obowiązkiem zaś moim za tyle dowodów, przeceniających działalność moją społeczną i naukową, jest poniekąd otwarcie przed wami głębi mojej duszy, — »serce za serce« —, aby ukazać te drogi, jakiemi szedł mój umysł w tej czterdziestoletniej wędrówce i wykazać, że i do mnie słusznie zastosować można odwieczne przysłowie: »Nie zasłużony, ale szczęśliwy bierze«. Bo i rzeczywiście w tej długiej wędrówce życiowej kroczył obok mnie cały szereg dzielnych i miłujących kraj kolegów. Niestety nie wszyscy doszli do celu. Padło w zaraniu życia wielu współkolegów i przyjaciół moich, z którymi łączyła mnie wspólna myśl pracy dla kraju. Mogę więc nazwać się szczęśliwym, bom dobiegł do mety, szczęśliwym, że dano mi żyć wśród okoliczności i epoki, dającej w wysokim stopniu pole do pracy. Ziarno bowiem, najlepsze nawet, rozwija się jedynie wówczas, gdy padnie na odpowiednią glebę. Tę glebę przedstawiał kraj nasz w epoce, gdym przed laty czterdziestu kończył studya lekarskie w naszej stolicy. Była to jedna z najsmutniejszych epok naszej historyi. Kraj, wyczerpany i zniszczony pod względem materyalnym niemal doszczętnie, stał się jakby wielkiem pustkowiem, — cmentarzyskiem idei narodowej. Zamykano i wynaradawiano szkoły. Zrusyfikowano i zdezorganizowano przepięknie rozwijającą się naszą najwyższą uczelnię. Ostatni jej przedstawiciele, ludzie nauki i ostatni kierownicy młodzieży zostali wyrugowani przez obcych przybyszów, których większość nie naukę, lecz politykę miała na celu. Byli to wstrętni nad wyraz, najmarniejsi karyerowicze, odzywający się butnie i lekceważąco już nietylko o naszej przeszłości i nauce, lecz o całej nauce Zachodu. Nie mogli więc wzbudzić ani śladu zaufania wśród nas do ich nauki, a tembardziej charakteru. Panowała zaciekła chęć niszczenia i burzenia wszystkiego, co nam zostawiła nasza wiekowa praca kulturalna. Młodzież była zupełnie wykolejona, przybita i przygnębiona. Nie wiedziała kogo, czego i jakich haseł się trzymać; niestety bowiem wszystkie zawiodły w zupełności.

Podobnie jednakże, jak w równie smutnym okresie naszej historyi, to jest po powstaniu listopadowem znaleźli się wielcy bardowie, co głosem donośnym swych pieśni nie dali upaść duchowi narodu, przypominając jego wielką przeszłość i zagrzewając do wytrwania w walce o byt narodowy — podobnie i w epoce, o której mówię, znaleźli się również ludzie niezwykle wybitni, którzy już nie słowem, lecz czynem pobudzali młodych do usilnej pracy nietylko nad podniesieniem materyalnego bytu, które było wówczas wielce modną i popularną teoryą. Hasła materyalistyczne, wysoce popularne, doprowadzały nietylko do lekceważenia, lecz nawet nieraz do naigrawania się z całej przeszłości i tradycyi. Hasła te pędziły całe szeregi naszej inteligencyi na Daleki Wschód, li tylko gwoli szybkich zysków materyalnych. Znaleźli się jednakże ludzie wielcy duchem, niezłomni charakterem i miłością dla kraju, którzy starali się przeciwdziałać temu prądowi i pracować usilnie nad zaszczepieniem wśród młodzieży nietylko zamiłowania do pracy, mającej na celu korzyści materyalne, zarobkowe, lecz i do kształcenia ducha i zamiłowania pracy dla podniesienia nauki polskiej. Nie będę wyliczać tych wielkich obywateli. Nazwiska znane są wam dobrze. Przypomnę tylko z lekarzy ludzi tej miary, jak Chałubiński, Brodowski, Baranowski, Kosiński. Jednakże chcę wspomnieć szczegółowiej o dwóch, z którymi miałem szczęście zetknąć się bliżej za powrotem do kraju po moim wieloletnim pobycie i pracy lekarsko-naukowej zagranicą. Byli to profesorowie, weterani Szkoły Głównej, Wiktor Szokalski i Henryk Hoyer. Szokalski, którego poznałem bliżej wkrótce po osiedleniu się w Warszawie i przed którym utyskiwałem nad smutnym podówczas stanem nauki lekarskiej w kraju naszym i małem wykształceniem uczącej się młodzieży w porównaniu z zachodem, odrzekł mi stanowczo: »Do was młodych i odczuwających smutny stan kraju należy zająć się młodzieżą, kształcić ją nietylko fachowo, uczyć myśleć po polsku i krzepić w niej ducha narodowego«. — »A jak to uczynić?« — wyrzekłem nieśmiało. — »Rób jak ja. Jesteś w szpitalu, gdzie funkcyonują fatalne rządowe kliniki, zbieraj gromadki chociażby najmniejsze i ucz je. Pamiętaj bowiem, że ucząc innych i sam się uczyć będziesz. Czyń to bezzwłocznie, nie pytaj nikogo o pozwolenie, bo w rządzie tutejszym ten tylko czegoś szlachetniejszego dokonać może, kto nie pyta o pozwolenie«. Te wyrazy szlachetnego starca, wielkiego a rozumnego patryoty, uczestnika boju pod Ostrołęką, były dla mnie niejako nakazem wojskowym. Zacząłem powoli gromadzić i uczyć młodzież, pocichu, bez chęci jakiejśkolwiek nagrody, a młodzież odczuła moje zamiary, gromadziła się chętnie. Ciągnęło się to długie lata z rzędu. Nikt jakoby nie wiedział o tem, a te kursy moje prywatne stały się niejako uzupełnieniem programu rządowych wykładów. Byłem, jak wyrażano się dowcipnie, profesorem »in partibus infidelium«, a młodzież zgłaszała się na kursa coraz liczniej, doszło nawet do tego, że losowano, kto dostać się może na zajęcia. Mój przykład zachęcił innych. W kilka lat rozpoczął podobne zajęcia Matlakowski, Dunin, Krajewski, Rejchman, Jakowski i wielu jeszcze kolegów. Utworzyło się więc powoli pozornie przypadkowo i chaotycznie ułożone nauczanie lekarskie polskie młodzieży uniwersyteckiej. Przy pracy z młodzieżą, jak słusznie zauważył Szokalski, sam uczyłem się najwięcej. Uczenie bowiem wymaga systematycznej ścisłej obserwacyi i pracy naukowej przygotowawczej. Tą więc drogą powstały liczne moje prace kazuistyczne, bądź też monograficzne i one to umożliwiły mi po ćwierćwiekowej pracy szpitalnej wydać podręcznik chorób dróg oddechowych, którego powodzenie zależne było tylko od tego, że podręcznik ten stanowił wynik wspólnej z uczniami pracy nietylko klinicznej, lecz i pedagogicznej.

Widzicie więc z tego Panowie, że w tej mojej działalności pedagogiczno-naukowej nie wytworzyłem nic samodzielnego, byłem tylko posłuszny rozkazom wielkiego wodza, któremu wierzyłem i szedłem naprzód bez zatrzymania się i oglądania się poza siebie. Hasło bowiem jego okazało się zdrowem.

Henryk Hoyer, z którym również zetknąłem się bliżej, umysł niezwykle krytyczny, uczony na modłę zachodnią, acz obcy nam pochodzeniem, stał się jednakże jednym z najlepszych obywateli naszego kraju. On to był tym cementem, który spoił, nadał jednolity kierunek i stale zagrzewał do pracy tę grupę młodych lekarzy, którzy w szlachetnym celu rozwoju nauki swojskiej zawiązali w roku 1880 koło redakcyjne »Gazety lekarskiej«. Byłem w gronie jej założycieli. Tam na posiedzeniach redakcyjnych pod wodzą zawsze obecnego i nigdy niezmordowanego Hoyera rozprawiano nad kierunkiem, brakami jednych, zaletami drugich, pobudzano nowych współpracowników, obmyślano nowe tematy, poruczano je do opracowania odpowiednim kolegom, przygarniano chętnie każdą nową, chociażby najmłodszą, byle rokującą naukowego pracownika siłę. Nie zasklepiano się w klikę, lecz rozszerzano coraz bardziej koło jednej myśli. A duchem przewodnim był stale Hoyer. Surowy niejednokrotnie krytyk, wróg płytkości i reklamy, tą właśnie swoją krytyką wyrobił niejednego na sumiennego badacza. A ta praca zbiorowa »Gazety lekarskiej« stała się niezwykle korzystną dla naszej ojczystej nauki. Ona również pobudziła z biegiem czasu, że i około innych pism lekarskich wytworzyły się podobne koła młodych, pełnych zapału naukowego lekarzy i rozwinęła się szlachetna emulacya, której owocem było wzmnożenie sił i produkcyi naukowej.

I nasze Towarzystwo lekarskie z chwilą objęcia kierunku przez Hoyera zawrzało nowem życiem. Nowi członkowie, współpracownicy powyższych kół lekarskich, zaczęli wygłaszać odczyty o charakterze coraz bardziej naukowym. Dyskusye zaczęły również przybierać taki sam charakter, gdyż surowy prezes Hoyer, jako też jego następca, Brodowski, niedozwalali na tak zwane gawędziarstwo, gromiąc nieraz surowo nieścisłych prelegentów.

Tak więc w kraju przy wspólnych usiłowaniach ordynatorów szpitalnych, prasy lekarskiej i naszego Towarzystwa lekarskiego nauka nasza zaczęła się rozwijać coraz bardziej pomimo braku tego, co stanowi podstawową istotę rozwoju nauki, to jest braku swojej wyższej uczelni. Usiłowania zaciętych niszczycieli naszej kultury okazały się płonnemi i sądzę, że słusznie moglibyśmy odezwać się do nich słowami Galileusza: »E por si muove«.

Otóż i w tym rozwoju nauki i piśmiennictwa naszego byłem tylko jednem z ogniw wielkiego łańcucha pracowników około rozwoju naszej nauki. I w wytworzeniu instytucyi społecznej, wysoce doniosłej dla kraju, jaką jest Towarzystwo przeciwgruźlicze, odegrałem również tylko rolę pośrednią. Istotnym twórcą tego Towarzystwa był wielki nasz działacz społeczny, profesor Ignacy Baranowski. On to w roku 1900 na Zjeździe w Krakowie zadzwonił w wielki dzwon trwogi, skreśliwszy barwnie straszną plagę gruźlicy w naszem społeczeństwie, nawołując do walki z nią przez wytworzenie w pierwszej linii odpowiednich towarzystw. Ja byłem jedynie jednym z tych, którzy odczuli ten głos trwogi w swoich sercach i wspólnemi siły wytworzyli związek, który aczkolwiek i dziś jeszcze skromne ma rozmiary, jednakże, rozwijając się powoli, może w przyszłości utworzyć dla kraju instytucyę niezwykłej doniosłości społecznej.

Tem moi Kochani Koledzy i Szanowni Panowie kończę,

gdyż i tak za długo wyczerpywałem Waszą cierpliwość. Jeśli zaś z przemówień waszych wynikło, iż moją 40-letnią pracą przysłużyłem się naszemu społeczeństwu, to nie mniej pozostanie faktem, że w duszy mej zawsze i jeszcze raz zawsze nosiłem myśl pożytku sprawie publicznej. Za co spotkała mnie dziś od Was nad wyraz sowita nagroda, bo w jesiennym dniu życia mego ujrzałem promień jasnego słońca, za jaki uważam ofiarę serc Waszych dla mnie«.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie 17. i 18. lipca 1914 roku.

W myśl uchwał I. Zjazdu internistów polskich w Krakowie, po porozumieniu się wspólnem, zawiązało się Towarzystwo internistów polskich. Między innemi zadaniami celem tego Towarzystwa jest urządzanie zjazdów okresowych internistów polskich. Tymczasowy też zarząd Towarzystwa, do którego weszli koledzy: M. Franke, A. Gluziński, W. Pisek i J. Wiczkowski, wybrany, po porozumieniu się z kolegami z innych miast polskich, na razie przez kolegów internistów, zamieszkałych we Lwowie, postanowił urządzić II. Zjazd internistów polskich we Lwowie w 1914 r. w dniach 17. i 18 lipca. Na podstawie § 6 statutu T. I. P., by rozpocząć jak najprędzej prace przygotowawcze do najbliższego zjazdu, wybrano komitet gospodarczy miejscowy lwowski, w skład którego weszli koledzy: Rencki (przewodniczący), W. Ziembicki (zast. przew.), D. Ehrlich (skarbnik), A. Sabatowski (sekretarz), J. Grek i E. Wechsler (członkowie komitetu).

Stosownie do uchwały poprzedniego Zjazdu, oprócz zgłoszonych wykładów, będą rozpatrywane dwa następujące tematy główne:

1. Moczówka cukrowa (diabetes mellitus); referenci: kol. M. Jakowski (Warszawa) i kol. A. Landau (Warszawa).

2. Sztuczna odma piersiowa (pneumothorax artificialis) przy leczeniu gruźlicy płuc; referenci: kol. K. Dłuski (Zakopane) i kol. S. Sterling (Łódź).

Do Szanownych Kolegów zatem zwracamy się z uprzejmą prośbą o przygotowanie się do dyskusyi nad powyższymi dwoma tematami, jak niemniej o zgłaszanie samodzielnych wykładów i przystępowanie do Towarzystwa T. I. P.

Zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: Prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza l. 3, lub Prof. Dr A. Gluziński, Lwów, Klinika lekarska Uniwersytetu.

Zapraszając Szanownych Kolegów na Zjazd do Lwowa na rok 1914, podkreślamy jeszcze raz, że odbędzie się w dniach 17. i 18. lipca 1914 r.*).

Za Zarząd Towarzystwa internistów polskich
Sekretarz: M. Franke. Przewodniczący: A. Gluziński.

Bernard Bardenheuer.

Wspomnienie pośmiertne.

Z nielicznego już szeregu t. zw. starych mistrzów niemieckiej chirurgii ubył znowu jeden i to taki, którego imię znane było każdemu lekarzowi. Życie Bardenheuera stanowi dowód, że prawdziwy talent zawsze znajdzie swą właściwą drogę, choćby losy zrazu inaczej życiem pokierowały, Bardenheuer bowiem z początku był okulistą. Ukończywszy studya w Würzburgu i Berlinie, był pewien czas asystentem Buscha, chirurga w Bonn, poczem został asystentem kliniki okulistycznej w Heidelbergu. Pociągała go jednak zawsze chirurgia, zwłaszcza, że dyrektorem kliniki był wtedy w Bonn słynny Simon. Toteż wolne swe chwile poświęcał Bardenheuer chirurgii i asystował Simonowi przy jego pierwszej słynnej operacyi wycięcia nerki. Po kilku latach udał się Bardenheuer w podróż naukową, zwiedzając kliniki, a zwłaszcza bytność u Spencera Wellsa, który wtedy wykonał swe pierwsze owaryotomie, wywarła na nim ogromne wrażenie. W r. 1870 przybył do Kolonii i tu objął kierownictwo szpitala wojskowego. W r. 1872 rozpoczął Bardenheuer w Kolonii praktykę okulistyczną, ale wierny swemu zamiłowaniu prowadził równocześnie mały oddział chirurgiczny w jednym z klasztorów, a w r. 1874 objął po Fischerze szpital miejski i tu dopiero rozwinął swą znakomitą działalność chirurgiczną, stworzył szkołę, gromadził koło siebie rzesze lekarzy z dalekich stron i obdarzył chirurgię takiemi zdobyczami, jak n. p. podwiązywanie tętnicy bezimiennej, resekcya miednicy, wycinanie macicy; tu wreszcie wydał swe cenne prace z dziedziny chirurgii kości, zwłaszcza leczenia operacyjnego gruźlicy i złamań. W uznaniu wielkich zasług odznaczono też Bardenheuera po raz pierwszy w Niemczech tytułem profesora, choć nie pracował w klinice uniwersyteckiej. Z tego też czasu datują się jego sposoby amputacyi i resekcyi kiszki stolcowej przy raku po przepiłowaniu kości krzyżowej, wycinania nerek, wycinania krtani, przyszycia śledziony i wiele innych. Leczenie złamań wyciągiem, podane przez Bardenheuera, nazwał Bergmann wielkim czynem i dobrodziejstwem dla chirurgii. Przed dwoma laty z powodu cierpienia sterczu i nerek usunął się Bardenheuer od praktyki, ale pracował dalej naukowo. Brał udział w założeniu Akademii medycyny praktycznej w Kolonii i był też pierwszym jej profesorem. Charakter jego najlepiej maluje się w następującem. Mimo, że sam głównie wykształcił operacyjne leczenie gruźlicy kości, słysząc o wynikach leczenia słońcem u Rolliera w Leysin, udał się tam, a poznawszy rzecz, zmienił zapatrywanie, a nawet, co dowodzi już chyba wielkiego poczucia prawdy, sam ogłosił w swych pracach, że resekcye wykonywano dotąd nieraz bezpotrzebnie, bo są i inne skuteczne sposoby leczenia. Był wzorem pracowitości. O 6. rano rozpoczynał już operować; każdego chorego w szpitalu musiał codzień widzieć, a gdy chodziło o ciężki przypadek, bywał i po kilka razy dziennie w szpitalu. Dla swych asystentów serdeczny i ojcowski, nietylko nigdy im powodzenia nie zazdrościł, ale cieszył się nieraz, jak dziecko, gdy uczeń jego osiągnął wybitne stanowisko, dbał też bardzo o swoich współpracowników, a w rozmowach wyliczał z dumą ważne posterunki, jakie zajęli jego uczniowie. Nic też dziwnego, że stworzyć mógł szkołę, bo uczniowie jego i współpracownicy serdecznie doń się przywiązywali. Dawali też temu nieraz wyraz. Jak się wyraził jeden z jego współpracowników, upatrywał Bardenheuer całe swe szczęście życia w pracy i wykonywaniu obowiązków, których spełnianie uważał nie za trud, lecz za nagrodę życia. Dr A. Klęsk.

*) Do wiadomości Szanownych Kolegów podajemy zarazem, że tuż po Zjeździe T. I. P. odbędzie się w dniach 20, 21, i 22. lipca I. Zjazd higienistów polskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 12. XII. b. r. posiedzenie, na którem kol. Dr Steuermark wygłosił odczyt p. t. »Nowe metody leczenia raka zapomocą promieni Röntgena«. W dyskusyi przemawiali kol. prof. Kader, Zubrzycki, Hladij, Schlank, prof. Cybulski, doc. Koźniewski, doc. Seńkowski, prof. Rosner i Steuermark.

— Pomnik, którym gmina m. Krakowa uczci pamięć Henryka Jordana, ma być wktótce gotów. Popiersie Jordana według

projektu art. rzeźbiarza Szczepkowskiego odlewa fabryka br. Łopieńskich w Warszawie.

— Dzienniki ogłaszają następującą wiadomość: »Ponieważ utworzone na dworcach kolejowych wiedeńskich stacye opieki nad chorymi gruźliczymi okazały się praktyczne, ministerstwo kolejowe utworzy takie stacye opieki w Insbruku, Salzburgu, Lincu i Krakowie. W Krakowie obejmie kierownictwo tej stacyi b. asystent kliniki Dr Łapiński«.

— Wakuje posada lekarza przy rządowej fabryce tytoniu w Monasterzyskach z płacą 1600 K rocznie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. XI. do 8. XI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (obcych 5 † —), krztuśca 5 † — (— † —), ospy wietrznej 2, płonicy 9 † 1 (1 † —), odry 47 † 2 (— † —), duru brzusznego 1 † 1 (1 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † —), gorączki połogowej — † — (— † —), róży 2.
Dr Janiszewski.

Warszawa. II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego odbędzie się w Lublinie w r. 1914. W roku tym obchodzić będzie Towarzystwo lekarskie lubelskie 40-lecie swej pracy.

— Dr Mikołajowi Rejchmanowi poświęciła »Medycyna i Kronika lekarska« osobny zeszyt, ozdobiony portretem Jubilata. Na czele tego zeszytu znajduje się życiorys i charakterystyka działalności Jubilata, skreślona piórem Dr Józefa Zawadzkiego, a cały zeszyt wypełniają prace z zakresu chorób narządu trawienia.

— Na uroczystem dorocznem Zebraniu Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 25. XI. wygłosi wykład p. Curie-Skłodowska.

— Dzienniki petersburskie donoszą, że narada, powołana do rewizyi ustawodawstwa lekarsko-sanitarnego, obliczyła, iż w Królestwie jest 347 szpitali z 10.379 łóżkami. Lekarzy Królestwo liczy 1.965, z których tylko 357 pracuje dla ludności wiejskiej. Narada doszła do wniosku, iż potrzeba w Królestwie 369 lekarzy miejskich, 1.320 »okręgowych«, 56 okulistów, 89 akuszerek, 364 dentystów. Co do łóżek zaś w szpitalach, to potrzeba powiększenia ich liczby przynajmniej do 15.350.

— Większość magistratów miejskich w gubernii warszawskiej postarała się w ministerstwie spraw wewnętrznych o podwyższenie pensyi lekarzy miejskich z dotychczasowych 200—300 rb. rocznie na 1200 rb. — Płace ordynatorów w szpitalach miejskich w Warszawie, dotychczas niesłychanie nizkie, podwojono.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie przeprowadza w Częstochowie studya wstępne do budowy kąpieli i gospody dla pątników, na który to cel p. Kierbedziowa z Warszawy ofiarowała, jak wiadomo, ćwierć miliona rubli.

Poznań. Dzienniki donoszą, że hr. Potocka z Będlewa postanowiła w Junikowie pod Poznaniem ufundować sanatoryum dla ubogich dzieci polskich.

Z różnych stron. Tegoroczną nagrodę Nobla z zakresu medycyny otrzymał fizyolog prof. Richet z Paryża.

Mianowani: prof. Steyer z Gryfii profesorem medycyny wewn. w Innsbrucku; prof. Windaus z Fryburga profesorem chemii lek. w Innsbrucku; Dr Henderson profesorem med. wewn. w Glasgowie.

Zmarli: emer. prof. anatomii patol. Dr E. Klebs w Bernie w 80 r. ż.; patolog prof. Ponfick we Wrocławiu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 19. listopada 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Prof. Godlewskiego: Nowsze wyniki badań nad podnietą rozwojową.

Posiedzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w poniedziałek d. 17 listopada 1913 o g. 6 wieczorem** w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) Kilka uwag o nowej ustawie z d. 14. VI. 1913, mającej na celu tłumienie chorób zakaźnych, kol. Dr Czyżewicz. 3) Omówienie spraw zawodowych bieżących.

Biuro Oddziału jarosławskiego Tow. lek. gal.
Sekretarz: Dr W. Orłowski. Przewodniczący: Dr W. Czyżewicz.

Nadesłane.

Kursa dla lekarzy

urządzone staraniem grona prymaryuszy Szpitala powszechnego **we Lwowie** w czasie **od dnia 11. do 30. grudnia b. r.**

Grono prymaryuszy Szpitala krajowego we Lwowie, uznając wielokrotnie stwierdzoną potrzebę kursów uzupełniających dla lekarzy, powzięło myśl urządzenia takich kursów w roku bieżącym. Całość podzielono na poszczególne grupy, jak następuje:

Grupa I. Medycyna wewnętrzna, chor. układu nerwowego, choroby dzieci: 1) Prym. prof. dr. Wiczkowski: Nowsze zdobycze w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wewn. 2) Prym. dr Ziembicki Witold: a) Teorya i praktyka w nauce o wydzielaniu wewnętrznem; b) Dyagnostyka pomocnicza przy łóżku chorego (z ćwiczeniami w badaniu krwi, wysięków, wydalin i wydzielin). 3) Prym. doc. dr Orzechowski: Nowsze zdobycze w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerwowych. 4) Dr Begleiter: Ćwiczenia z zakresu rzeczoznawstwa w przypadkach nerwic urazowych. 5) Prym. dr Czarnik: Nowsze zapatrywania na etyologię i leczenie przewodu pokarmowego u osesków. 6) Dr Quest: a) O drgawkach u dzieci; b) Skaza wysiękowa, zołzy i gruźlica; c) O nadmiernem i niedostatecznem karmieniu u dzieci; d) O nowszych prądach w leczeniu płonicy.

Grupa II. Chirurgia i położnictwo: 1) Prym. prof. dr Ziembicki Grzegorz: Ćwiczenia w chirurgii nagłej. 2) Prym. prof. dr Schramm: Leczenie następstw porażenia dziecięcego. 3) Prym. prof. dr Sołowij: a) Leczenie gorączki połogowej; b) Nowsze kierunki w postępowaniu położniczem.

Grupa III. Okulistyka i otyatrya. 1) Prym. prof. dr Machek: Terapia chorób ocznych (z demonstracyami). 2) Prof. dr Bednarski: Rozpoznawanie i leczenie chorób spojówki i rogówki u dzieci. 3) Dr Toczyski: Leczenie jaglicy lekami, sposobami mechanicznymi i operacyjnymi (z przedst. chorych). 4) Dr Spalke: a) Badanie i leczenie chorób uszu z praktycznemi ćwiczeniami na chorych ambulatoryjnych; b) Narząd słuchowy w ostrych chorobach zakaźnych. 5) Dr Berlstein: Ćwiczenia praktyczne w badaniu błędnika ze wskazówkami rozpoznawczemi.

Grupa IV. Choroby skórne, weneryczne i urologia: 1) Prym. dr Lenartowicz: Bakteryologia i serologia w zastosowaniu do chorób wenerycznych. 2) Prym. dr Świątkiewicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych. 3) Dr Leńko: Zwięzłe omówienie najważniejszych działów chirurgicznej urologii z pokazami i ćwiczeniami prakt.

Grupa V. Pracownia chemiczno-bakt. i rentgenologiczna. 1) Doc. dr Hołobut: Ćwiczenia w pracowni chemiczno-bakteryol. 2) Dr Sabat: Rentgenologiczne badanie przewodu pokarmowego.

Nadto, w dniu wolnym od wykładów (niedziela 14. grudnia), odbędzie się zwiedzenie Krajowego Zakładu dla chorób zakaźnych z przedstawieniem urządzenia i materyału klinicznego (Prym. dr Arnold i dr Aleksiewicz).— Czesne za udział w kursach z prawem dowolnego wyboru wykładów i bez względu na ilość godzin wynosi kor. 30. Zgłoszenia należy nadsyłać najpóźniej do dnia 20. listopada na ręce Dyrekcyi Szpitala krajowego we Lwowie (Dyr. dr Józef Starzewski).

Phenacodin. Dr Bruck, Berlin. (Klin. therap. Woch. 39. 1913) Opierając się o uporczywe przypadki bólów głowy na tle nerwowem, stwardnienia tętnic i blednicy, nie ulegające poprawie pod wpływem innych leków, poleca autor phenacodinę (w ilości 2—3 kołaczyków podczas napadu), któryto przetwór oddawał mu znakomite usługi.
Ll. W.

Rok LII. Kraków, dnia 22 listopada 1913 Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.

Doświadczenia nad rozmieszczeniem tlenku węgla u zaczadzonych *).

podał

Prof. Wachholz.

W r. 1902 podałem wspólnie z Lembergerem (1) wyniki doświadczeń naszych nad pośmiertnem przenikaniem tlenku węgla (CO) przez powłoki skórne zwłok, mieszczących się w atmosferze tlenkowęglowej. Doświadczenia te wynikły z przypadku, tyczącego się noworodka, którego zwłoki znaleziono w kominie w stanie zupełnego strupieszenia. Wynik tych naszych doświadczeń, streszczający się w tem, że tlenek węgla (CO) w istocie bardzo szybko przenika powłoki skórne zwłok, potwierdzili na podstawie kontrolnych doświadczeń Mirto (2), De Dominicis (3), Strassmann i Schulz (4), wreszcie Stoll (5). W r. b. ogłosił Harbitz (6) odnośne spostrzeżenia, przyczem atoli pomija milczeniem podstawową w tej sprawie pracę moją i Lembergera, przypisując poruszenie zagadnienia powyższego Strassmannowi i Schulzowi. Ponieważ praca moja była ogłoszona także po niemiecku w niemieckim kwartalniku sądowo-lekarskim, a następnie z dalszem piśmiennictwem, jakie wywołała, w opracowanym przezemnie rozdziale o otruciach w dziele Schmidtmanna (7), przeto pominięcie mnie i Lembergera przez Harbitza musi tem bardziej uderzać, że paryski profesor medycyny sądowej Thoinot (8) w świeżo wydanym przez się podręczniku nazwisko moje i Lembergera umieszcza zgodnie z prawdą na czele odnośnego rozdziału. Pierwszym warunkiem naukowej pracy jest znajomość odnośnego piśmiennictwa i rzetelność w jego reprodukcyi. Temu warunkowi nie uczynił zadość Harbitz.

Stwierdzenie przezemnie i Lembergera faktu, że CO przenika pośmiertnie powłoki zwłok ludzkich, wydało nam się dlatego ważne, że obecność CO we krwi zwłok spalonych, zdaniem Hofmanna, miała dowodzić zawsze, że dana osoba uległa najpierw zaczadzeniu, a potem dopiero niszczącemu działaniu płomienia. Otóż naszem zdaniem należało powyższe twierdzenie ograniczyć na te przypadki, w których w zwłokach zwęglonych udałoby się stwierdzić obecność CO w krwi zatok żylnych nienaruszonej czaszki. Wychodziliśmy bowiem z założenia, że pośmiertne przeniknięcie CO przez ścianę kostną czaszki mogłoby się dokonać z trudnością i dopiero po dłuższym czasie. Tymczasem Strassmann i Schulz przekonali się, że o ile CO przenika pośmiertnie nader szybko nienaruszone powłoki skórne, to o tyle wolniejszą jest jego dyfuzya w głąb ciała, a zwłaszcza w ilości dostatecznej do wykrycia zapomocą prób widmowej i chemicznych. Dlatego też zalecili badać w odnośnych przypadkach krew z nienaruszonych naczyń głębi ustroju. Stoll, potwierdzając wyniki doświadczeń Strassmanna i Schulza, orzeka, że choć CO w istocie wnika pośmiertnie do ciała, tak, że jakościowo nie ma różnicy, czy człowiek za życia, czy też po śmierci znajdował się w atmosferze CO, to przecież zachodzi w tym względzie wybitna ilościowa różnica. Gdy obecność CO we krwi głębszych narządów człowieka, który za życia znalazł się w atmosferze CO, jest tak znaczna, że może być łatwo wykryta widmowo lub tak zwanemi chemicznemi próbami, to we krwi głębszych narządów zwłok, w które pośmiertnie wniknął CO, nie daje się on z powodu małych ilości wykryć temi próbami. Tak więc, zdaniem Stolla, dodatni wynik tych prób we krwi, wziętej z głębszych narządów zwłok, dowodzi, że CO dostał się do niej za życia.

Twierdzenie moje i Lembergera, że ażeby uniknąć odnośnej pomyłki w stwierdzeniu zatrucia tlenkiem węgla w zwłokach, które jako takie były narażone na pośmiertne wniknięcie tlenku węgla, należy poddać badaniu krew z zatok żylnych czaszki, skłoniła mnie w b. r. do zbadania ilości CO we krwi różnych narządów wewnętrznych zwłok osób, zmarłych notorycznie wskutek zaczadzenia. Wyników badań moich, z których na tem miejscu zdaję sprawę, nie uważam jeszcze za zamknięte, gdyż badania te przeprowadziłem tylko na 4 przypadkach, jakie od chwili powzięcia moich dochodzeń miałem sposobność sekcyonować.

Przypadki, w których dokonałem badania, były następujące:

Przypadek 1. i 2. Dnia 11. lutego 1913 o 9 zrana opuściła W. swe mieszkanie, zostawiając w niem bez nadzoru swe dzieci, Aleksandra lat 3 i Janinę lat 1½ liczących. W czasie nieobecności matki dzieci wzniecily pożar,

*) Wedle wykładu na posiedzeniu niemieckiego Tow. sądowo-lekarskiego w Wiedniu we wrześniu 1913.

poczem ukryły się w kołysce. Wobec tego, że dym począł się z mieszkania dobywać, wyłamano o godzinie $10^1/_2$ drzwi, wyniesiono dzieci z nietkniętej przez ogień kołyski, udzielono im energicznej pomocy lekarskiej, niestety bezskutecznej. Sekcyi dokonałem wspólnie z Prof. Horoszkiewiczem nazajutrz, t. j. w 24 godzin po zgonie. Obraz sekcyjny u obu dzieci był pod względem zmian zaczadzenia jednaki i typowy. Z żył naciętych wylewała się obficie żywo karminowoczerwona krew. Otwory nosowe, krtań i tchawica, toż samo żołądek zawierały obfite złogi czarnej sadzy, której nie znaleziono jednak już w grubszych oskrzelach. Pod opłucnemi nieliczne drobne, żywoczerwone wybroczynki między płatami i u podstawy płuc. Ponadto w zwłokach chłopca, prawdopodobnego sprawcy pożaru, zmiany oparzelinowe drugiego stopnia na wewnętrznej i tylnej powierzchni obu goleni.

P r z y p a d e k 3. Antoni P., lat 30, robotnik cegielni, uległ dnia 4. marca 1913 z czterema kolegami w nocy wskutek napalenia w piecu bez komina zaczadzeniu. Dnia 5. marca przywieziono go do szpitala w Krakowie, gdzie mimo zastosowania upustu krwi (venaesectio), wdychania tlenu, hypodermokliz zmarł dnia 7. marca o 3. godz. popołudniu. Sekcya, dokonana dnia 10. marca, wykazała ogniskowe włóknikowe zapalenie obu płuc w okresie szarego zwątrobienia. Krew płynna w zatokach żylnych i w żyle udowej, oraz wszystkie wewnętrzne narządy, jakoteż plamy pośmiertne były w zwykły sposób t. j. ciemno zabarwione. W sercu mieściły się częścią ciemne, częścią bezbarwne, wiotkie skrzepy krwi.

P r z y p a d e k 4. Marya C., służąca, lat 24, pozostawiwszy list z doniesieniem, że popełnia samobójstwo, zamknęła się w łazience dnia 6. kwietnia 1913 i odkręciła kurek od gazu. W godzinę potem znaleziono ją nieżywą. Sekcya, wykonana (Dr Olbrycht) nazajutrz, dała zwykły obraz zaczadzenia, atoli żywoczerwone zabarwienie płynnej wszędzie krwi było słabiej zaznaczone, niż w dwóch pierwszych przypadkach.

We wszystkich tych 4 przypadkach zebrano zapomocą pipet krew płynną z zatok żylnych, żył udowych, z serca (z wyjątkiem przypadku 3. i 4) do flaszeczek, które szczelnie zakorkowano i zamaską zalano. Każdą z tych próbek krwi poddano z osobna próbom widmowej i tanninowej w modyfikacyi Wachholz-Sieradzki, a nadto niektóre z nich próbie ilościowej sposobem Fodor-Gaglio (9). Przeciwko próbie Fodor-Gaglio podniesiono swego czasu zarzut nadmiernej czułości. Zarzut ten należy chyba poczytać tylko za jej zaletę, a niebezpieczeństwo ze strony jej wielkiej czułości może wyniknąć tylko wtedy, jeśli się jej nie przeprowadza umiejętnie. Ażeby wszelkim nieporozumieniom zapobiedz naprzód, zaznaczam, że próbę tę wykonywałem zawsze w ten sposób, iż strumień powietrza, który miał z badanej krwi wypędzać możliwie zawarty w niej CO, wpierw przepływał przez płuczkę, zawierającą wodny roztwór 0·5% obojętnego chlorku palladowego. Ponieważ w płuczce tej strumień powietrza pracowni nie zostawiał żadnego śladu metalicznego osadu, przeto zachodził bezwzględny dowód, że powietrze to, przepływające następnie przez krew badaną, nie zawierało śladu CO, dającego się stwierdzić. Tu zauważyć muszę, że także Ledent [10]) niedawno posługiwał się tą próbą w celu określenia czasu trwania wydzielania się CO z ustroju, i to z doskonałym wynikiem.

Osad metaliczny, otrzymany w rozczynie chlorku palladowego, przez który przepływał przez ciąg godziny strumień powietrza, przeprowadzonego przez badaną krew, zbierałem na sączku hartowanym, przemywałem go wodą przekroploną i wodą zakwaszoną HCl tak długo, aż przesącz przestawał się zabarwiać po dodaniu doń jodku potasowego, następnie po wysuszeniu go, rozpuszczałem go w wodzie królewskiej, odparowywałem na łaźni wodnej, pozostały suchy osad rozpuszczałem w wodzie przekroplonej i miareczkowałem go na gorąco rozczynem jodku potasowego wedle przepisu Fodora 1·486 gr. na litr wody przekroplonej. Z ilości zużytego rozczynu jodku potasowego obliczałem odpowiednią ilość CO wedle obliczenia Fodora, wedle którego 1 cm^3 tego rozczynu jodku potasu odpowiada 0·1 cm^3 CO.

Wyniki badań moich krwi z wymienionych poprzednio 4 przypadków były następujące:

P r z y p a d e k 1. (Aleksander W.). W krwi wszystkich 4 próbek (zatoki żylne, serce, żyła wrotna, żyła udowa) wybitne widmo tlenkowęglowej hemoglobiny. Próba tanninowa Wachholz-Sieradzki dała najsilniej czerwony osad z krwią z żyły udowej, potem kolejno mniej silnie czerwony z krwią serca, żyły wrotnej, najsłabiej czerwony i znacznie się w tej mierze od poprzednich różniący z krwią zatok żylnych. Próbie Fodor-Gaglio poddano krew z żyły udowej i z zatok żylnych. W obliczeniu na 100 cm^3 zawierała krew z żyły udowej 4·8 cm^3 CO, zaś krew z zatok żylnych 2·08 cm^3 CO.

P r z y p a d e k 2. (Janina W.). We krwi wszystkich 4 próbek wyraźne widmo tlenkowęglowej hemoglobiny. Próba tanninowa W.-S. dała tensam prawie wynik, jak w przypadku pierwszym z tą tylko zmianą, że osady z próbką krwi z serca i z żyły wrotnej były jednako zabarwione, a różnica w nasileniu czerwonego zabarwienia między osadami tych krwi a osadem krwi z zatok żylnych była mniejsza, choć widoczna, niż między osadem z krwi z żyły udowej, a osadami z krwi z serca i z żyły wrotnej. Najsłabiej czerwonym był zatem znowu osad z krwi z zatok żylnych. Próby Fodor-Gaglio nie wykonałem z powodu zbyt małej ilości krwi.

P r z y p a d e k 3. (Antoni P.). Próby widmowa i tanninowa W.-S. dały wynik ujemny. Próbą Fodor-Gaglio stwierdziłem w krwi z żyły udowej w obliczeniu na 100 cm^4 krwi 0·4 cm^3 CO, zaś we krwi z zatok żylnych czaszki ślad nie dający się ilościowo oznaczyć.

P r z y p a d e k 4. (Marya C.). Próba widmowa w krwi z serca, żyły udowej i z zatok żylnych dodatnia, również proba tanninowa W.-S. Próba Fodor-Gaglio w obliczeniu na 100 cm^3 krwi z serca 0·9 cm^3 CO, w krwi z żyły udowej 0·55 cm^3 CO, we krwi z zatok żylnych 0·4 cm^3 CO.

Z powyższych badań wynika przedewszystkiem to, że CO we krwi zwłok osób zmarłych wskutek zatrucia nim nie jest pod względem ilościowym równomiernie rozmieszczony. W dwóch pierwszych przypadkach zawierała krew żyły udowej największą jego ilość, w 4. zaś przypadku krew z obu połów serca wykazywała największą jego ilość. Natomiast we wszystkich 5 przypadkach była krew zatok żylnych czaszkowych najuboższą w CO. Ponieważ w przypadkach ostrego śmiertelnego zatrucia tlenkiem węgla musi być krew lewej połowy serca najwięcej w CO zaopatrzona, przeto należało się spodziewać, że we krwi serca stwierdzi się w moich przypadkach największą ilość CO. I w istocie otrzymałem wynik taki przy badaniu krwi wziętej z obu połów serca w przypadku czwartym. Okoliczność, że w 1. i 2. przypadku najwięcej CO i to w sposób dość uderzający zawierała krew z żył udowych, daje się łatwo wytłómaczyć. W przypadkach tych były ofiarami zaczadzenia małe dzieci, które, ubrane tylko w koszulę, spoczywały

conajmniej godzinę w atmosferze tlenku węgla. Ponieważ pośmiertna dyfuzya CO odbywa się, jak to z doświadczeń moich i Lembergera, oraz Stolla wynika, najprędzej i najpierwej do krwi naczyń podskórnych i wogóle powierzchownych, przeto największa ilość znalezionego CO we krwi żył udowych w dwóch pierwszych przypadkach tłómaczy się tem, że część ze znalezionego w niej CO pochodzić musiała z pośmiertnej jego dyfuzyi, nie ulega bowiem wątpliwości, że dzieci te po śmierci jeszcze spoczywały przez pewien czas w atmosferze CO.

W przypadku 4. uderza stosunkowo mała ilość CO we krwi wogóle, stwierdzona już wynikiem próby tanninowej (modo Wachholz-Sieradzki), przy której uzyskany osad był mniej czerwony, niż zwykle. Wiadomo z doświadczeń C. Balogha, Gamgeégo i Fodora[11], że ilość CO zawartego we krwi człowieka nim otrutego pozostaje w prostym stosunku do odporności ustroju na CO, tem samem do długości czasu, upływającego w ciągu trwania zatrucia do chwili śmierci. Tak więc mała stosunkowo ilość CO we krwi Maryi C. z przypadku czwartego dowodzi, że śmierć jej nastąpiła względnie szybko, w każdym razie szybciej, niż zwykle w przypadkach zaczadzenia. Ta szybkość śmierci Maryi C. tłómaczy się zgodnie z dotychczasowem doświadczeniem[12] tem, że zatruła się ona nie czadem, lecz gazem świetlnym, którego toksyczne działanie podwyższają, jak to słusznie zauważa Kratter[13], inne jego gazowe przymieszki, n. p. kwas pruski, stwierdzony przezemnie w krakowskim gazie świetlnym. Ze w tym przypadku krew z żyły udowej zawierała mniej CO, niż krew serca, wyjaśniłem już częściowo poprzednio. Atoli muszę jeszcze wyjaśnienie to uzupełnić. Pośmiertna dyfuzya CO do krwi naczyń powierzchownych, a więc i do krwi żył udowych nie mogła była w tym przypadku równie łatwo i szybko nastąpić, jak w dwóch pierwszych, ile że w tym przypadku ofiarą była dorosła osoba, której zwłoki zupełnie ubrane, a więc nie obnażone, spoczywały w atmosferze gazu świetlnego krócej, niż zwłoki dzieci z dwóch pierwszych przypadków.

Przypadek trzeci jest o tyle ważny, że wykazano w nim, lecz już tylko zapomocą próby Fodor-Gaglio, obecność we krwi CO, mimo, iż denat żył jeszcze po zatruciu przeszło dwie doby i był energicznie ratowany. Przypadek ten stwierdza ponownie, że u ludzi, którzy zatruciu CO ulegli, mimo oddychania czystem powietrzem CO długo we krwi ustroju w nieznacznych ilościach zalega. Być może, że w danym przypadku rozsiane w obu płucach ogniskowe zapalenie płuc, upośledzając wydatność oddechową denata, opóźniło zupełne wydalenie CO z krwi.

Uderzającą we wszystkich przypadkach, w których przeprowadziłem moje badania, była różnica w ilości CO we krwi zatok żylnych a we krwi reszty narządów. We wszystkich przypadkach była ilość znalezionego CO we krwi zatok żylnych o przeszło 50% mniejszą, niż we krwi żyły udowej względnie serca. Wytłómaczenie tego zjawiska w sposób stanowczy jest niemożliwe. Natomiast możliwą do przyjęcia wydaje mi się następująca hypoteza, jaka mi się nasuwa.

Wedle odnośnych badań F. Wachholza[14], następnie De Saint-Martina[15], a wbrew twierdzeniom Gréhanta[16] i Haldane[17], nie wszystek CO wydziela się u otrutych nim drogą wydechu, lecz część jego znika w ustroju, zmieniając się możliwie w CO_2. Ponadto wiadomo[18], że CO jest trucizną, działającą nietylko na samą krew, lecz równorzędnie także na układ nerwowy, czem się tłómaczą liczne już spostrzeżenia zmian w mózgu osób, zmarłych w pewien czas po doznaniu zatrucia tlenkiem węgla. Spostrzeżeń tych, dokonanych na ludziach, nie mogą obalić wyniki doświadczeń, jakie przeprowadzili na zwierzętach Claude i Lhermitte[18], wedle których doświadczalnie wywołane ostre i przewlekłe zatrucia tlenkowęglowe nie wywołują żadnych zmian w układzie nerwowym. Zwierzęta zdają się być w tym względzie więcej odporne na CO od ludzi, jak również i szybkość wydalania CO z krwi ustroju zwierząt zdaje się być większą, niż u ludzi.

Biorąc tedy na uwagę powyżej wspomniane fakty, że nie wszystek CO wydziela się z ustroju drogą oddychania i że CO działa swoiście trująco na układ nerwowy, w szczególności na mózg, sądzę, że dwa te fakty pozostają w związku z wynikami moich badań, wedle których ilość CO we krwi zatok żylnych mózgowych jest o wiele mniejszą, niż we krwi reszty narządów osób zmarłych wskutek zatrucia CO. Być może, że tkanka mózgowa chłonie CO w wyższym stopniu, niż inne tkanki i wskutek tego podlega wtórorzędnym zmianom.

Opierając się na razie na wynikach badań moich, przeprowadzonych na 4. przypadkach, mogę streścić je w sposób następujący:

1) Ilość CO we krwi zaczadzonych jest nierównomiernie rozmieszczona. Najwięcej CO jest we krwi lewej połowy serca, względnie we krwi naczyń obwodowych żylnych (żył udowych), w tych ostatnich wtedy, gdy zwłoki zaczadzonego leżały przez pewien czas w atmosferze CO i były korzystne warunki dla dyfuzyi (zwłoki nagie, zwłoki dzieci).

2) Najmniej CO mieści się we krwi zatok żylnych mózgowych, być może wskutek tego, że tkanka mózgowa za życia jeszcze wiąże względnie chłonie CO w wyższym stopniu, niż inne tkanki, wskutek czego ulega następowym zmianom patologicznym w razie przeżycia zatrucia ostrego.

3) W przypadkach ostrego zatrucia gazem świetlnym ilość znajdującego się we krwi zmarłego tlenku węgla jest mniejsza, niż w przypadkach ostrego zaczadzenia, z czego wynika, że śmierć przy zatruciu gazem świetlnym następuje szybciej, niż przy zaczadzeniu, a to wskutek trującego współdziałania innych gazowych składników gazu świetlnego.

4) Tlenek węgla daje się jeszcze po kilku dobach przeżycia ostrego zatrucia tlenkiem węgla wykazać we krwi ludzi, lecz przedewszystkiem zapomocą najczulszej próby palladowej (Fodor-Gaglio).

Piśmiennictwo. 1) Przyczynki doświadczalne do nauki o otruciu tlenkiem węgla. »Nowiny lekarskie« 1902. Z. 3. i Experimentelles zur Lehre von der Kohlenoxydvergiftung. »Vierteljschr. f. ger. Med. 1902. T. 23. — 2) Atti della R. Accademia delle scienze mediche. Palermo 1902. Sull' importanza della diffusione dell' ossido di carbone nei tessuti del cadavere per la diagnosi di avvelenamento reale od apparente. — 4) Giornale di medicina legale. 1913. str. 180. — 4) Untersuchungen zur Kohlenoxydvergiftung. »Berl. klin. Wochenschr.« 1904, Nr 48. Autorzy piszą: »Der Verdienst, die Frage des Eindringens von Kohlenoxyd in Leichen durch unversehrte Hautdecken in Fluss gebracht zu haben, gebührt Wachholz u. Lemberger«. — 5) Untersuchungen über postmortales Eindringen von Kohlenoxyd in den Körper. »Vierteljschr. f. ger. Med.« 1909. T. 38. Autor pisze: »Veranlasst waren ihre Untersuchungen (Strassmanna

i Schulza) durch Arbeiten von Wachholz u. Lemberger« itd. — 6) Eigentümliche Funde bei Verbrennungen. »Vierteljschr. f. ger. Med.« 1913, t. 45. — 7) Handbuch d. gerichtl. Medicin. Berlin 1905. T. I. str. 878. — 8) Précis de médecine légale. Paris 1913. T. II. str. 528. Autor pisze: »Cette penetration itd. est bien exposée dans l'article publié par Wachholz« itd. »Lacassagne a de son coté, fort bien resumé la question; nous lui empruntons les lignes suivantes: »Wachholz et Lemberger (1902) ont placé des cadavres« itd. — 9) Das Kohlenoxyd in seinen Beziehungen zur Gesundheit. »Deutsche Vierteljschr. für Gesundheitspflege, 1881. T. 12, str. 377 i Dragendorff: Die gerichtlich-chemische Ermittelung von Giften. Göttingen 1895. — 10) Durée de l'élimination de l'oxyde de carbone chez un animal partiellement intoxique. »Arch. internat. de méd. lég.« 1913. — 11) Patrz pod 9). — 12) Deichstetter we »Friedreichs Blätter f. ger. Med.« 1896, str. 33 i Vahlen w »Arch. für experim. Path. u. Pharm.« T. 49. — 13) Lehrbuch d. gerichtlichen Medicin. Stuttgart. 1912, str. 459. — 14) Virchows Jahresber. 1899 I. str. 175. — 15) Thoinot l. c. Str. 517 i 518. — 16) Patrz pod 15). — 17) Virch. Jahresber. 1900, I. str. 394. — 18) Refer. w »Archiv. internat. de méd. lég.« 1913. Vol. III. Fasc. III.

Wegetaryanizm i jego zastosowanie w lecznictwie.

Podał

Dr Zygmunt Wachtel

asystent kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie.

Wegetaryzm, według innych wegetaryanizm, jestto wyraz, którego etymologia jest dość ciemna. Wegetaryanie twierdzą, że wyraz ten pochodzi od wyrazu klasycznego »vegetare«, to znaczy »pobudzać, rosnąć«, inni, zwłaszcza przeciwnicy wegetaryanizmu, tłomaczą, że wyraz ten pochodzi od niemieckiego wyrazu »vegetieren«. U nas nazywają się tacy, którzy nie jedzą mięsa, wegetaryanami, »jaroszami«.

Niejedzenie mięsa nie ma jednak nic wspólnego z tem, co wymagamy od »prawdziwego« jarosza. Prawdziwy jarosz powinien jadać tylko jarzyny i owoce niegotowane, t. j. odżywiać się tylko roślinami w takim stanie, w jakim je znajdujemy w naturze, gdyż tylko wtedy możnaby ściśle zastosować teorye jaroszów, według których z roślinami pobieramy z słońca energię. Prinzheim w swojem dziele »Physik der Sonne« tłomaczy, że każda istota żyjąca otrzymuje energię bezpośrednio od słońca. Komórka roślinna ma własność przyswajania CO (tenże otrzymuje się z CO_2 powietrza), który w postaci organicznych związków znajdujemy w każdej komórce roślinnej. Do tego potrzebna jest pewna praca chemiczna, która odbywa się zapomocą promieni słonecznych. Te związki organiczne w komórkach roślinnych są pośrednio lub bezpośrednio pożywieniem dla zwierząt i ludzi, a ciepło, którego zwierzęta i ludzie w procesie życiowym potrzebują, powstaje przez spalenie związków CO, które z roślin pobieramy, a które tworzą się w komórce roślinnej za pośrednictwem promieni słonecznych. »Prawdziwy« jarosz powinienby postępować według tej teoryi. Takich prawdziwych jaroszów, którzyby się odżywiali surowemi jarzynami i owocami, jest jednak bardzo mało w Europie.

O wegetaryanizmie w historyi podają wiadomości już uczniowie Pytagorasa, który sam miał być wegetaryaninem, jednakowoż nic po sobie na piśmie nie pozostawił. Pierwszy o wegetaryanizmie pisze rzymski filozof Porphyrius (223—304 po Chrystusie) w swojem dziele »De abstinentia ab usu animalium«. Autor ten z czysto religijnych względów gardził mięsem. Dziwna rzecz, że Pytagoras, który sam mięsa nie jadał, po odkryciu swojego sławnego twierdzenia z radości ofiarował bogom aż 100 wołów. Börne satyrycznie się o tem wyraża, że od tego czasu każdy wół drży ze strachu na myśl o jakimś nowym wynalazku. Od czasu kiedy Porphyrius napisał swoje dzieło, upłynęło prawie półtora tysiąca lat, przez które nic nowego nie napisano o wegetaryanizmie. W średnich wiekach, i to dopiero ku końcowi, wspominają o wegetaryanizmie Milton, Bossuet, Leibnitz i Montesquieu, a na przejściu do historyi nowoczesnej Rousseau, Benjamin Franklin, Lamartine, Byron, Shelley i Newton, którego niektórzy mieszają ze sławnym Newtonem, z XVII wieku. Prawdziwe piśmiennictwo o wegetaryanizmie zaczyna się dopiero w XIX stuleciu. Pierwsze jego początki znajdujemy w Anglii w dziele Newtona, które wydał w roku 1811 pod tytułem »Retourn to Natur«, a w następnem dziesięcioleciu spotykamy się z podobnemi dziełami Alcota, Nicolsena i innych. W Ameryce napisał książkę o wegetaryanizmie w roku 1839 Sylwester Graham, który był tam niejako twórcą wegetaryanizmu. Wszystko, co się w późniejszych dziełach o wegetaryanizmie spotyka, można już znaleść w dziele Grahama. Trochę mniej umiejętnie przedstawił wegetaryanizm Gleizes (1842). W Niemczech pierwszy w tym kierunku zadziałał na szersze sfery Teodor Hahn, a później nieco Edward Balzer, który starał się w sposób dowcipny i prosty wytłómaczyć cel wegetaryanizmu. W jakiś czas po Balzerze napisali prawie równocześnie książki o wegetaryanizmie W. Andries i Gustaw Schlickeysen. Świat naukowy XIX wieku zupełnie nie zajmował się początkowo wegetaryanizmem i dopiero dzieło Balzera poruszyło nieco naukowe koła, a Virchow (w roku 1865) pierwszy wystąpił przeciw tym pismom i zupełnie rzeczowo skrytykował wegetaryanizm. Balzer po ukazaniu się krytyki Virchowa napisał replikę, bardzo dowcipnie ułożoną. Później nieco zajęli się nowocześni fizyologowie wegetaryanizmem i starali się przedstawic na podstawie licznych doświadczeń wszystko, co przemawia za i przeciw wegetaryanizmowi W pierwszym rzędzie w tym kierunku zasłużyli się Justus Liebig, Karol Vogt, Karol Ludwig, Jakób Moleschott i inni, z filozofów XIX wieku zajął specyalne stanowisko za wegetaryanizmem Hartmann, a później Tołstoj. W ostatnich latach zajęli się badaniem wegetaryanizmu Bunge, Hüppe, Caspari i Albu.

Wegetaryanów można podzielić na kilka grup.

Do pierwszej grupy należą ci wegetaryanie, którzy z powodów religijnych ściśle się trzymają dyety roślinnej (jadają oni owoce i jarzyny surowe). Takich jest w Europie niewielu, natomiast spotykano się z nimi w Azyi, i to, u Hindusów i w pewnych osadach murzyńskich w środkowej Afryce.

Do drugiej grupy należą wegetaryanie, którzy z konieczności i z czysto ekonomicznych powodów jadają potrawy roślinne, gdyż są one dla nich najłatwiej dostępne i tanie, a mięso jest droższe, lub też, jak to spotykamy w południowych Indyach, z powodu złej paszy, gdzie ono

jest niesmaczne. Do tej grupy należy część Hindusów, Chińczycy i Japończycy. Ale ci wszyscy wegetaryanie przy każdej nadarzającej się sposobności chętnie jadają mięso, i to często takie mięso, które wprost wstręt wzbudza u ludzi kulturalnych. I tak ci z nich, którzy mieszkają nad brzegiem morza, jadają wszystko to, co tylko mogą wyłowić z morza, a więc ryby, ślimaki, węże morskie, skorpiony i holoturnie, a w okolicach, gdzie nie ma morza, jak np. w głębi Arabii, jada ludność chętnie szarańcze; Japończycy jadają mięso z wieloryba, które jest w ogólnej pogardzie u rybaków europejskich i amerykańskich.

Oczywiście ludzie, którzy się trudnią hodowlą bydła, nie mają potrzeby jadania mięsa, gdyż wygodniej i taniej dla nich jest spożywać jego wytwory, mleko, masło i ser, ale i ci przy każdej nadarzającej się sposobności chętnie jadają mięso.

Dalej spotykamy często w niektórych krajach takich jaroszów, zwłaszcza między ludnością ze sfer robotniczych, którzy stale odżywiają się pokarmami roślinnymi z powodu zwyczaju narodowego; i tak np zwyczajowym pokarmem są w Holandyi ziemniaki, w Bawaryi i Włoszech mączne potrawy, ale i ci wszyscy, skoro tylko nadarzy się jaka sposobność, nie wyrzekają się potraw mięsnych.

W przeciwieństwie do tych wszystkich grup, mięsa nie jadających, powstały w Europie, Anglii i Ameryce zrzeszenia, które dla celów etycznych, estetycznych i zdrowotnych hołdują wegetaryanizmowi. Agitacya ich za wegetaryanizmem polega głównie na wydawaniu broszur i dzienników, pisanych zwykle przez laików, głoszących o złych skutkach, jakie na ustrój ludzki wywiera odżywianie się potrawami mięsnemi. Spotykamy w tych pismach często zdanie, że u mięsożernych wytwarza się kwas moczowy, który osiada we wszystkich tkankach, w następstwie czego występują wszystkie choroby nieuleczalne, jak dna, miażdżyca i choroby nerek, a powstanie tych chorób tłómaczą propagatorowie wegetaryanizmu w ten sposób, że przez odżywianie się mięsem krew staje się gęstszą, lepkość jej większą, wskutek czego powstaje różnica w oporach, zmiany w sercu i w naczyniach krwionośnych. Są to wszystko lotne słowa, bez najmniejszego uzasadnienia naukowego, gdyż autorowie tych pism zupełnie nie znają się na fizyologii odżywiania i na przemianie materyi w zdrowym i w chorym ustroju.

Wszyscy ci wegetaryanie są z etycznych względów przeciwnikami mięsa, gdyż według nich każde zabicie zwierzęcia jest zabójstwem istoty żyjącej, a takie mięso jest zawsze przez nich uważane za padlinę, która zawiera bardzo liczne pasorzyty, dla ustroju szkodliwe. Ci sami jednak wegetaryanie spożywają chętnie jaja i zapominają o tem, że jajo jest również istotą żyjącą, a może nawet czującą, gdyż nie mamy na to dowodu, że czucie dopiero wtedy się rozpoczyna, skoro się rozwinął zróżniczkowany układ nerwowy. Według poglądu wegetaryanów jednak jest jajo tylko w y t w o r e m żywej istoty, czyli, zjadając jajo, nie zabijamy istoty żyjącej. Wegetaryanie zapominają również o tem, że i roślina jest istotą żyjącą, jakkolwiek nie czującą.

Wszyscy ci nowocześni wegetaryanie są również przeciwnikami wiwisekcyi i litują się nad każdem zwierzęciem, które ma być użyte do doświadczeń. Można uznawać taką litość nad zwierzętami, ale do pewnej granicy.

Zapominają wegetaryanie, że każda istota żyjąca i czująca żyje i rozwija się kosztem innych żyjących. Nietylko człowiek jedzący mięso korzysta kosztem zwierząt, ale i wegetaryanie, spożywając rośliny, żyją kosztem innych zwierząt roślinożernych, które odżywiają się tylko roślinami.

Wreszcie jest jeszcze jedna grupa ludzi, której wogóle nie można zaliczyć do wegetaryanów, a którzy jednak się za nich uważają. Są to stowarzyszenia, istniejące głównie w większych miastach, których członkowie nie jedzą mięsa, ale spożywają prócz owoców i roślin odpowiednio przez sztukę kucharską przygotowane mleko, masło, jaja. Nie jadają tylko mięsa, gdyż potrawy i pokarmy mięsne są według nich niebezpieczne dla ustroju ludzkiego przez to, że zawierają w sobie istoty trujące, które podczas trawienia mogą być zgubne. Nie pamiętają oni jednak o tem, że najbardziej trujące substancye znajdujemy w białku roślinnem, n. p. abrynę, rycynę. Także grzyby i wyższe rośliny ziemne mogą zawierać trucizny, i tak ziemniaki zawierają solaninę; nikotyna, morfina, kokaina, kofeina i alkohol są przecież również trujące, a pochodzą ze świata roślinnego.

Wiadomo obecnie, że białko zwierzęce jakoteż i białko roślinne podczas trawienia ulega tym samym sprawom rozpadowym i od tych trucizn, które podczas trawienia białka się tworzą, nie może się uchronić tak mięsożerny, jak i wegetaryanin. Niebezpieczeństwo z powodu zatrucia istotami białkowatemi jest jednak wogóle bardzo względne, gdyż sam ustrój ludzki wytwarza odtrutki, które go chronią dostatecznie przed zatruciem. Co do tłuszczów, to tak tłuszcz zwierzęcy, jakoteż i roślinny po pewnym czasie jełczeje; zużyty może być szkodliwym dla ustroju. W pokarmach, w których przeważają węglowodany, wiąże ich nadwyżka w sokach i w komórce więcej wody, niż wytwory rozpadowe białka i tłuszczu, dlatego też często spotykamy u wegetaryanów nalane twarze, które oni jednak uważają za objaw zdrowia; wreszcie przy nadwyżce węglowodanów podczas trawienia nie wszystkie rozpadają się na wodę i CO_2, lecz część ich w jelitach ulega fermentacyi mlecznej i masłowej, która pobudza ruchy robaczkowe jelit i w ten sposób wydala z ustroju pokarmy jeszcze nie zużyte. Z tego też również powodu znaczna część białka zostaje wydalona jako niezmieniona. Tem sobie tłómaczymy, że jakkolwiek wegetaryanie dużo jedzą, przez cały dzień chodzą głodni.

Wegetaryanie powołują się na wrodzony każdemu człowiekowi instynkt i przykładami starają się udowodnić, że człowiek ma naturalny pociąg do spożywania pokarmów roślinnych, a nie mięsnych, widok bowiem świeżego mięsa w rzeźni sprawia niemiłe wrażenie, a inaczej ma się rzecz na widok jabłka lub innego owocu na drzewie. Zapominają jednak o tem, że i widok świeżo wykopanego ziemniaka lub dojrzałego zboża w polu nie wywołuje wcale uczucia smaku i chęci jedzenia. Są to więc wszystko puste frazesy, którymi wegetaryanie próbują zwalczać swoich przeciwników. Jeżeli rzeczywiście mamy się już kierować instynktem, to przeciwnicy wegetaryanizmu mogą się powołać na nowonarodzone dziecię, które instynktownie chwyta za pierś matki, by dostać się do mleka. Dlaczegoż

więc wegetaryanie nie próbują nawet dziecka odżywiać roślinami i owocami?

Powołują się również wegetaryanie na anatomię porównawczą i dowodzą, że cała budowa człowieka, tak zewnętrzna, jakoteż i cały narząd trawienny, są niejako do wegetaryanizmu dostosowane Według nich dzielą się zwierzęta na 3 grupy, według pożywienia, które pobierają. Do pierwszej grupy należą zwierzęta wszystkożerne (omnivores) n. p. pies, wieprz, do drugiej zwierzęta mięsożerne (carnivores), a do trzeciej zwierzęta roślinożerne (phytophagi i frugivores). Do tej trzeciej grupy zaliczają wegetaryanie człowieka.

Cały ten podział nie ma wprawdzie żadnego istotnego znaczenia, gdyż nietylko ludzie, ale i bardzo wielka część zwierząt, mimo budowy i narządu trawienia na pewne pokarmy najpodatniejszego, w pewnych warunkach z łatwością przystosowuje się do innych pokarmów. Jako przykład możnaby przytoczyć małpę, która budową anatomiczną najbardziej przypomina człowieka, a według powyższego podziału jest ściśle owocożerną, a mimo to małpy na wolności często zjadają owady, jaja ptasie, a niektóre większe pożerają żywe ptaki; nie chcę już wspominać o małpach tresowanych w ogrodach zoologicznych i w menażeryach, które wogóle są wszystkożerne. Wreszcie wprost śmieszne są argumenta, jakie się często spotyka w broszurach wegetaryańskich, n. p. że z mięsem wprowadzamy do przewodu pokarmowego liczne pasorzyty; ale o tem, że i z pokarmami roślinnymi również można do przewodu wprowadzić niezliczoną ilość pasorzytów, zupełnie się nie wspomina.

Często też można znaleść w pismach wegetaryańskich zdanie, że kreatyna powstaje w ustroju tylko po mięsnych potrawach; obecnie jednakowoż wiemy, że nawet po dyecie czysto jarskiej znajdujemy w ustroju zawsze około 100 gramów kreatyny, która po obficie mięsnej dyecie zwiększa się zaledwie o kilka dziesiętnych grama.

Na tem kończę ogólne uwagi o wegetaryanizmie.

Obecnie mam zamiar rozpatrzyć najważniejszy punkt, któryby wytłómaczył fizyologię wegetaryanizmu, a mianowicie, czy ustrój ludzki dla utrzymania się w równowadze azotowej i ciężarowej może znaleść wszystko w pożywieniu roślinnem.

Dla lepszego zrozumienia pokrotce tylko przypomnę z fizyologii odżywienia, że człowiek w pokarmach, jakie pobiera, musi koniecznie znaleść następujące istoty: białko, tłuszcze, węglowodauy i sole mineralne.

Pytanie, ile człowiek powinien dziennie spożywać pokarmu, wyda się może dziwnem albo zbytecznem, gdyż każdy pod tym względem kieruje się smakiem i uczuciem sytości: te jednak właśnie uczucia często mylą, zwłaszcza u chorych, tak, że jeden je za mało, a inny znów za wiele. Zdrowy ustrój powinien się odżywiać według pewnych stałych prawideł, a miarą dostatecznej ilości pokarmów jest ciężar ciała. Człowiek dobrze wyglądający powinien tyle pokarmów spożywać, aby ciężar jego ciała odpowiednio do wzrostu ani się nie zmniejszał, ani się nie zwiększał, i wtedy ustrój znajduje się w równowadze ciężarowej. Ilość spożytych pokarmów wyrażamy w kaloryach Wiadomą jest rzeczą, że gram białka wytwarza 4·1 kaloryi, gram tłuszczu 9·3, gram węglowodanów 4·1, a gram wyskoku 7·1 kaloryi.

Możemy więc ilość spożytych pokarmów wyrażać w kaloryach; zamiast powiedzieć, że jakiś osobnik w ciągu dnia spożył 100 gramów białka, 100 gramów tłuszczu i 400 gramów węglowodanów, można to oznaczyć w kaloryach, a mianowicie: 100 gramów białka pomnożyć przez współczynnik kalorymetryczny białka (4.1) = 410 kaloryi, 100 gramów tłuszczu (t. j. $100 \times 9·3$)=930 kaloryi, a 400 gramów węglowodanów ($400 \times 4·1$)=1640, czyli razem 2980 kaloryi. Ponieważ pokarmy i potrawy są zwykle mieszaniną różnych składników, dlatego według tego, ile jednego lub drugiego w nich przeważa, będzie wartość kaloryczna pokarmów różna. Nie każdym jednak pokarmem może się człowiek utrzymać w równowadze ciężarowej. Wiemy n. p. z doświadczenia, że człowiek samym tłuszczem wyżyć nie może, samymi węglowodanami również nie utrzyma się przy życiu, a także i samo tylko białko, podawane jako wyłączne pożywienie, wywołuje wkrótce obniżenie się ciężaru. A że, jak wiadomo, przez spożywanie pewnej ilości mleka można się utrzymać w równowadze ciężarowej, to nic dziwnego, gdyż w mleku znajduje się pewna stała ilość białka, tłuszczu i cukru, czyli wszystkie te składniki, które potrzebne są dla ustroju do utrzymania go w równowadze. Niektórzy wprawdzie przez spożywanie mleka przez jakiś określony czas tracą na wadze, ale to tylko dlatego, że za mało mleka wypijają na dobę (mniej niż 4 litry). Doświadczenie poucza, że w celu odżywienia ustroju powyższe trzy główne składniki pokarmów powinny być w pewnym do siebie wzajemnym stosunku równocześnie zmieszane i podane, aby ustrój bez zaburzeń mógł się utrzymać w równowadze ciężarowej. Wiadomo również z doświadczeń Rubnera, że związki organiczne, z których się składają nasze pokarmy, dadzą się do pewnego stopnia jedne drugimi zastąpić i to według prawa izodynamii. Ile każda z tych potraw wytwarza kaloryi, jest rzeczą obojętną, a chodzi tu głównie o to, by suma wszystkich kaloryi, które te potrawy wytwarzają, była wystarczająca do utrzymania ustroju w równowadze ciężarowej. Dla istot białkowatych nie istnieje do pewnego stopnia to prawo i pewnej części białka nie można niczem zastąpić, gdyż do utrzymania komórki żywej w ustroju jest ona konieczna. Ilość kaloryi, jaką koniecznie muszą pokarmy przedstawiać, by się ustrój utrzymał w równowadze azotowej, zależy również od okresu w jakim się ustrój znajduje, a więc od tego, czy znajduje się w spokoju, czy w ruchu, jakoteż od okresu rozwoju.

Jeżeli jako jednostkę przyjmiemy kilogram wagi ciała, to według Noordena dorosły zdrowy człowiek potrzebuje w spoczynku na dobę tyle pokarmów, by one wytwarzały 30—40 kaloryi na kilogram wagi ciała, a w miarę tego, czy znajduje się w lekkim ruchu, czy też wśród wytężonej pracy, ilość kaloryi wzrasta coraz więcej aż do 60. Nowsze badania w tym kierunku stwierdziły, że człowiek dla utrzymania się stale w równowadze azotowej powinien spożywać taką ilość pokarmów mieszanych, składających się z białka, tłuszczów i węglowodanów, którebу, obliczone na kalorye, odpowiadały jego ciężarowi ciała i w miarę, czy człowiek znajduje się w spoczynku, czy przy pracy, powinien zwiększyć względnie zmniejszyć ilość kaloryi w pokarmach.

(C. d. n.).

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski krakowski na r. 1914. Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył Dr Adolf Klęsk. Kraków 1914. Stron 412.

Blizki ćwierćwiekowego jubileuszu, ukazuje się Kalendarz lekarski krakowski po raz dwudziesty czwarty, dowodząc najlepiej tą ciągłością wydawnictwa, że przez usilną pracę swych redaktorów zdobył sobie rzetelnie zasłużone uznanie i licznych a wiernych przyjaciół. Pod redakcyą Dra Klęska, który ją drugi rok prowadzi, utrzymuje Kalendarz nietylko swoje piękne tradycye, ale też idzie ciągle z postępem, pełniąc sumiennie żmudną swoją służbę dla ogółu lekarzy praktycznych i wytrzymując współzawodnictwo z powodzią zalewających nas wydawnictw zagranicznych tego rodzaju. I w tym roku dołożyła redakcya starań, aby wydawnictwo swe udoskonalić i wzbogacić, zapewniwszy sobie współpracownictwo prof. Dobrowolskiego, Majewskiego, Dr Grażyńskiego, Korolewicza, Stopczańskiego i mag. Hibla, którzy przerobili i uzupełnili odpowiednie działy stosownie do najnowszych postępów nauk lekarskich. Oprócz tego wzbogacił się kalendarz tegoroczny artykułami: prof Chlumskyego: »Ortopedya lekarza praktycznego«, doc. Nitscha: »Leczenie surowicami i szczepionkami«, Dra Steuermarka: »Jakie choroby leczy się promieniami Röntgena?« i artykułem balneologicznym Dra Praschila. Wybór tematów tych nowych działów kalendarza jest niewątpliwie trafny. W zestawieniach tabelarycznych i w opracowaniu informacyjnego działu kalendarza widać staranie o ścisłość i aktualność wiadomości. Nie można wątpić, że wszystkie te okoliczności zjednają kalendarzowi rosnącą wziętość i powodzenie, na jakie zupełnie zasługuje. R.

Międzynarodowe skrócenia wyników badania płuc

przez prof. **Saugmana** (Vejlefjord).

Międzynarodowa Konferencya przeciwgruźlicza w Berlinie przyjęła 25. X. b. r. wniosek prof. Saugmana, aby celem łatwiejszego porozumiewania się wzajemnego i skrócenia opisów posługiwać się do oznaczania wyników badania płuc jednostajnemi skróceniami (znakami) według następującego schematu:

d.	dexter	Tymp.	tympanismus
s.	sinister	Met.	metallia
a.	anterior	Resp.	respiratio
p.	posterior	Insp.	inspiratio
sup.	superior	Exsp.	exspiratio
inf.	inferior	ves.	vesicularis
C.	costa	bronch.	bronchialis
C_2 etc.	costa II etc.	amph.	amphoricus
interc.	spatium intercostale	sacc.	saccatus
		prolong.	prolongatus
Cl.	clavicula	fort.	fortis
Pap.	papillula mammae	dim.	diminutus
		RL*)	rzężenie grubobańkowe
Sp.	spina scapulae		
Ang.	angulus scapulae	Rl*)	rzężenie średniobańkowe
½ Sc.	medio scapulae	rl*)	rzężenie drobnobańkowe
—	usque ad		
Th.	thorax	( )	słychać tylko po kaszlu
applan.	applanatus		
dilat.	dilatatus	(Rl_1)	skąpe rzężenia średniobańkowe, słyszalne tylko po kaszlu itd.
retard.	retardatus		
Margo	margo pulmonis		
mobil.	mobilis		
immobil.	immobilis		
M.*)	mutitio, mutus		

*) Wszystkie ilościowe oznaczenia (stopnie objawów) oznacza się przez dodanie cyfr 1—3; 1 oznacza stopień najniższy, 2 średni, 3 najwyższy. Naprzykład M_1 = lekkie stłumienie, Rl_3 = obfite rzężenia średniobańkowe, dim_2 = miernie osłabiony itp.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowości techniczne. 1) Miara wzrostu podług prof. Pirqueta, podająca odrazu wymiary t. zw. fizyologiczne i wagę dziecka, odpowiadającą wzrostowi. 2) Przyrządzik do zbierania krwi, podług Lintza. 3) Reflektor ze suchym stosem kieszonkowym. 4) Przyrząd do wyjaławiania nim opatrunków dla lekarzy praktycznych Saara. 5) Przyrząd do wlewań salwarsanu podług Arzta i Schrameka. 6) Igła do podwiązywania nitek Mackenrodta. 7) Nożyce do próbnych wycinań z szyi macicznej Czernyego. 8) Nożyce do wycinań mostka Shoemakera. 9) Kleszcze do chwytania płuc Sauerbrucha, lub Friedricha. 10) Kleszczyki do szwu naczyń Höpfnera. 11) Nożyk do nerwów podług Spitzyego, tegoż szczypczyki i elewatoryum. 12) Instrumentaryum do tamowania krwawień z kości przez wbijanie sztyftów Eiselsberga. 13) Kleszcze do laminektomii Exner-Leitera lub Horsleya. 14) Klamry Hackenbrucha do ambulatoryjnego leczenia złamań. 15) Vibroinhalator Bayera składa się z pompy ssąco-tłoczącej, która wpędza wśród drgań powietrze przez filtr do tuby, zawierającej lek. Wskazania: dychawica, nieżyty dróg oddechowych, początki gruźlicy 16) Rozpychadła elastyczne z drutu poleca Tiegel zamiast tamponady, zatykającej jeszcze nieraz odpływ wydzielin z ran. (Zbl. f. Chir. 1913, Nr 29). 17) Elektryczny »Blitzkocher« firmy Hitzinger. 18) Samotrzymający się wziernik nosowy (Berl. kl. Woch. Nr 33). 19) Miseczkę na ropę z trzonkiem, by nie brudzić sobie palców ropą, podał Tiegel. (Münch. med. Woch. Nr 35). K.

Pokrywanie się naskórkiem i gojenie się rozległych ubytków skóry badał systematycznie doc. Polland (Wiener mediz. Wochenschr. 1913, 38) i doszedł do wniosku, że najlepszy wynik daje następujące postępowanie: 1) Oczyszczanie: kąpiele z nadmanganianu potasowego 1:2000, pędzlowanie perhydrolem, okłady z 2% H_2O_2, codzienny natrysk z gorącego powietrza, później w danym razie opatrunek ektoganowy. 2) Ziarnkowanie: gorące powietrze, 2% maść azodolenowa, przy ziarninie przerosłej lapis. 3) Pokrywanie się naskórkiem: gorące powietrze, 2% maść pellidolowa, ostrożne lapisowanie. Jeżeli z początku są znaczne bole, to można z korzyścią użyć do opatrunków 10% maści cykloformowej. Kl.

Wyciąg śledziony w związku z 5% rozczynem peptonu, zastosowany podskórnie (10 cm³ jednorazowo), okazuje się dobrym środkiem leczniczym na krwawienia u krwawców; wyciąg ten można stosować miejscowo, napajając nim tampony, np. po wyjęciu zęba. (Plumier. Scalpel 1910, czerwiec). N.

Taninę alkoholową (5% rozczynu taniny w 95% alkoholu) podaje Zabludowski z Moskwy jako nowy środek do odkażania rąk i pola operacyjnego. Środek ten ma przewyższać inne podobne, jak jodbenzynę lub alkoholaceton, jest tańszy od nich i nie działa szkodliwie na skórę. N.

Narkofinę ze skopolaminą zaleca Reichel (Münch. med. Woch. 1913, p. 638) zamiast uśpienia morfinowo-skopolaminowego, względnie pantóponowo-skopolaminowego z tego powodu, iż narkofina mniej szkodliwie działa na ośrodek oddychania. Działanie nasenne było zupełnie to samo bez ubocznego działania. Narkofiny wstrzykuje się 0·03 gr. N.

Leczenie tężca urazowego wstrzykiwaniami siarkanu magnu znane jest od dłuższego czasu; (dotychczasowe wyniki zestawia Dutoit przeglądowo w Deutsche med. Woch. p. 561). Prócz tego stwierdza Lieber (Arch. intern. d. pharm. et de ther. Vol. 22. p. 269), iż udaje się łatwo uratować zwierzęta zatrute arsenem przez wstrzykiwania podskórne siarkanu magnu; leczenie to odnosi jednak tylko wtedy wynik, jeśli trucizna nie przeszła jeszcze do krążenia. Mecha-

nizm działania siarkanu magnu jako odtrutki na arsen tłómaczyłby się najprawdopodobniej w ten sposób, iż sól ta opóźnia dostawanie się arsenu do krążenia przez tworzenie trudno rozpuszczalnych związków magnu z arsenem. N.

Selenjodmethylenblau próbował Braunstein (Berl. kl. Woch. 1913 p. 1102) stosować w chemoterapii raka. Wychodzi on z tego stanowiska, że selen wzmaga sprawy autolityczne wewnątrz nowotworów, przyczem jod dopomaga mu w tem, a błękit metylenu stanowi równocześnie środek transportowy. Wstrzykiwania do żył sprawiały w mięsakach i rakach zmniejszanie się i znikanie bólów, poprawę stanu ogólnego i przyrost wagi, oraz zmniejszanie się guzów nowotworowych. N.

Na raki skórne zaleca Ravogli po dokładnem wyskrobaniu łyżeczką (a czyż nie lepiej odrazu wyciąć? przyp. sprawozd.) mieszaninę, złożoną z dwóch części formaldehydu, dwóch części lysolu i jednej chlorku żelaza (Brit. med. Journ. 1913, 26. VI.). A.

Ropnie powłok brzusznych (samoistne lub powstałe po operacyach) zaleca Beuener leczyć zasypywaniem cukru w dużych ilościach. (Tow. lek. Jena 1913, 12. VI.). K.

Plombowanie w głębi rany na szyi zapomocą osobnego narzędzia zamiast wiązania węzła podwiązki lub szwu zaleca Rethi. (Arch. f. Laryng. 27. II). K.

Przy zwężeniu tchawicy wskutek ziarnin po tracheotomii osiągnął Sons bardzo dobry i szybki wynik zapomocą promieni Röntgena. (Med. Klinik 1913, Nr 37). K.

Leczenie zapalenia otrzewnej wlewaniem eteru do jamy brzusznej, podane przez Morestina, zachwala Dergane. Po usunięciu z jamy brzusznej wacikami wysięku, wlewa się 150—400 grm czystego eteru Mercka, i potem usuwa go znowu wacikami. (Wiener klin. Woch Nr 33). Do tegoż celu poleca Burrows odczyszczoną naftę rosyjską. (Sek. chir. międzynar. zjazdu w Londynie 1913). K.

Kollargol, stosowany środotrzewnie w rozlanem ropnem zapaleniu otrzewnej, zaleca Fehlke (Münch. med. Woch. 1913, 32). Wstrzykuje on kollargol zwykłą strzykawką maciczną, zapomocą której można dostać się do wszelkich zaułków otrzewnej; używa 30—50 cm³ 2% roztworu. Wstrzyknięcie powtarzać można kilkakrotnie po zabiegu operacyjnym, co ma znaczną wyższość nad przepłukiwaniami otrzewnej, które można tylko raz w czasie operacyi wykonać. Kollargol nie drażni otrzewnej, szybko ulega wessaniu i przechodzi do krwi tą samą drogą, co czynniki zakaźne. N.

Przy guzach krwawniczych wypadłych zaleca Kemp smarowanie ich następującą maścią: »Rp. Extr. opii 2·0, cocaini hydrochlor. 0·65, menthol. 1·3, ung. zinc. oxyd. 30·0, mf. ung.« przy krwawieniach zaś z guzów smarowanie: »Rp. Ungt. acid. tannic. 15·0, ungt. stramonii, ungt. bellad. āā 30·0«. Szczeliny odbytu pędzluje się co 2—3 dni rozczynem lapisu, począwszy od 0·2:10·0 aż do 6%, a w międzyczasie pędzluje się je 5% kokainą. (New York med. Journ. 1913, str. 1247). K.

Thioestrin, przetwór zawierający siarkę, znajduje zastosowanie w schorzeniach stawów (gościec, dna i t. p.). Kawałkiem waty, napojonym tym środkiem, naciera się odpowiednie miejsca i zawija opaską, ewent. pozostawia watę. N.

Kwas salicylowy w postaci wstrzykiwań podskórnych stosuje Seibert (Med. Record. Bd. 79) w gośccu stawowym u osób, które na wewnętrzne podawanie salicylu nie oddziałują. W ostrych przypadkach wstrzykuje S. 10 cm³ 20% rozczynu wodnego salicylanu sodowego, a wstrzykiwania powtarza co 12 godzin. W przypadkach przewlekłych używa 10 cm³ następującego rozczynu: »Rp. Acid. salicyl. 10·0, ol. sesami 80·0, alcohol 5·0, camphor. 5·0«, i wstrzykuje co 24 godzin. N.

Perhydrol stosuje Skoulsky (Sem. med. 1910, 30) w ostrym i przewlekłym wiewiórze z dobrym wynikiem. W przypadkach ostrych po przeminięciu objawów zapalnych wstrzykuje 0·8% rozczyn 4 razy dnia; w przewlekłych zaś 1·5% rozczyn i dochodzi do 3% 2 razy dnia; płyn wstrzyknięty trzyma się w cewce trzy minuty. N.

Kontraluezynę, związek rtęci, drobinowo rozpylonej i jednostajnie rozmieszczonej w rozczynie związku sozojodolo-chininowo-salicylowego stosuje Klausner (Münch. med. Woch. 913, p. 62) w leczeniu kiły. Przetwór ten wstrzykuje się śródmięśniowo. Ampułki zawierają po 0·15 gr Hg w 1 cm³. Środek ten działa we wszystkich okresach, a nie ma szkodliwych własności. N.

Merjodynę zaleca Polland (Münch. med. Woch. 1913, p. 590) do wewnętrznego podawania w leczeniu kiły. Podawaniem 5—6 pastylek dziennie przez kilka tygodni osiąga się ten sam skutek, co jednorazowym okresem wcierań, o wessaniu się rtęci świadczy pojawianie się rtęci w moczu. N.

Ristin, nowy środek przeciw świerzbowi, jestto 25% rozczyn alkoholo-glicerynowy eteru kw. monobędźwinowego etylenglykolu. Według Treitela (Ther. d. Geg. 1913 p. 94), wciera się przez 3—5 dni po 50 gr. tego środka. Pod jego wpływem świąd ustępuje szybko, nawrotów nie spostrzega się. Przetwór jest bezwonny lecz drogi. N.

Tyreoidynę stosuje Sigmund (Z. f. Gyn. 1910, 42) w przypadkach wymiotów niepowściągłych w ciąży; należy ją podawać kilka godzin przed najsilniejszymi napadami wymiotów na czczo, a więc o godz. 5. rano, o 9. rano, dalej na ½ godz. przed obiadem i kolacyą i przed spaniem; dawki średnie 0·3 gr. Wyniki miał S. dobre, złych następstw nie spostrzegał. N.

Erystypticum »Roche«, kombinacya sekakorniny z gorzknikiem kanadyjskim (hydrastis) ma według Keibla (Deutsche m. Woch. p. 269. 1913) oddawać dobre usługi w położnictwie, zastosowana w krwotokach różnego pochodzenia. Zawartość działających składników jest stała, a cena przetworu tania. N.

Pituglandol, dobrze działający środek, może być stosowany według Baszeta (Med. Klin. 1913, p. 457.) nietylko w okresie wydalania płodu, lecz i w każdym innym okresie porodu; szczególnie poleca B. stosowanie pituglandolu w leczeniu poronienia. Zazwyczaj wstrzykuje się 1 cm³ pituglandolu Roche. N. R.

Tymipinę (dialysatum thymi et pingueculae Golaz) — podaje się w krztuścu dzieciom poniżej lat 5 rano i wieczór na czczo po 1 kropli w wodzie aż do ustąpienia napadów kaszlu, potem zwiększa się dawkę do 2—3 kropli. Dzieci powyżej 5 lat dostają po 2 krople wzgl. 3—4, dwa razy dnia. N.

Bromcalcium zachwala Grünfelder (Ther. Monatsh. 1913 p. 416) w leczeniu skurczu głośni i tężyczki jako najlepszy środek, jego szybkie, uspokajające działanie przewyższać ma inne sole bromowe. Po podawaniu dawki 2 gr. dziennie przez kilka dni objawy ustępują. N.

Odczyn urochromogenu z nadmanganianem potasu według Weissa. Mocz rozcieńcza się podwójnie i nalewa do 2 probówek; do jednej dodaje się 3 krople 0·1% rozczynu wodnego nadmanganianu potasu. Jeśli mocz zawiera urochromogen, to powstaje zabarwienie żółte, które porównuje się z probówką kontrolną. Natężenie tej barwy jest proporcyonalne do natężenia odczynu Ehrlicha. N.

Odczyn α-naftolowy kwasu glykuronowego (Goldschmidt, Z. f. ph. Ch. 910, 65). 0·5—1 cm³ moczu + 2 krople 15% alkoholowego rozczynu α-naftolu miesza się i nalewa do probówki, zawierającej 3—4 cm³ zgęszczonego kwasu siarkowego; w miejscu zetknięcia się płynów powstaje fioletowy pierścień, posuwający się ku warstwie moczu, podczas gdy kwas siarkowy barwi się zielono. N

Odczyn orcynowy pentoz w moczu. 3 cm³ moczu

+ 5—6 cm^3 kwasu solnego dymiącego (c. g. 1.19) + orcyna (na koniec noża) gotuje się do wrzenia. W razie obecności pentozy powstaje zabarwienie niebiesko-zielone lub fioletowe, które ciemnieje, lub też zjawiają się kłaczki niebiesko-zielone. Barwa ta daje się wyciągnąć alkoholem amylowym, który wtedy daje linię absorbcyjną między C i D; niebiesko-zielony osad jest dla obecności pentoz charakterystyczny. N.

Perhydrol, jako odczynnik alkaloidów. (Archiv. f. Pharm. 1910, 6). Sporządza się odczynnik: 1 cm^3 perhydrolu + 10 cm^3 kwasu siarkowego zgęszczonego. Do tego odczynnika daje się badaną substancyę w formie proszku w ilości 5—10 mlgr. Chinina daje barwę cytrynowo-kanarkową, berberyna — wiśniowo-czerwoną, hydrastynina — czekoladowo-czerwoną, emetyna — ciemno pomarańczowo-czerwoną, nikotyna — krwisto-czerwoną. 1 cm^3 perhydrolu + 10 cm^3 zgęszczonego kwasu solnego stanowi również odczynnik kofeiny i teobrominy, ewent. z dodatkiem platinsolu, wody chlorowej lub bromowej. N.

Wyciąg jajników według Wittgensteina (Wien. kl. Woch. 1910, 24), ma wpływać na jadowitość bakteryi gruźliczych w ten sposób, iż u zwierząt gruźlica przybiera postać przewlekłą. Czy u ludzi spostrzeżenie to da wyniki praktyczne, nie wiadomo. N.

Thymorybolium według Fritza i Petzolda jest to syrup. sulfo-gwajakolowy. N.

Sole złota okazują w chemoterapii gruźlicy pewne działanie. Bruck i Glück (Münch. m. W. 1913 p. 57) donoszą o swych dokładnych badaniach na zwierzętach i ludziach z sinkiem złotowo-sodowym (aurum-kalium cyanatum). Działanie lecznicze tego przetworu w toczniu jest widocznie, o ile stosuje się go do żył w dawkach 0,02—0,05 gr. W kile pierwszorzędnej i drugorzędnej działanie tego środka równało się działaniu soli rtęciowych, ustępowało jednak działaniu salwarsanu. Sole złota są według Feldta (Deutsche m. Woch. 1913 p. 549) dotąd jednym ze środków, najsilniej niszczących bakterye gruźlicze. N.

Tebesapin, zawiesina prątków gruźliczych, które zabito przez ośmiodniowe działanie oleinianu sodu i jednogodzinne ogrzanie do 70°, według Möllera i Wolffa (Deutsche m. Woch. 1913 p. 149), którzy przetwór ten polecany w leczeniu gruźlicy, próbowali na zwierzętach, nie daje takich wyników, jak inne podobne przetwory przeciwgruźlicze. Również i działanie uodporniające tego przetworu nie było lepsze od innych. N.

Miedź w postaci wodnego rozczynu związku organicznego, zawierającego w 1 cm^3 0·01 metalu, stosuje Bodmer (Münch. med. Woch. 1913, 32) według przepisu Finklera w gruźlicy. Leczył on w ten sposób ciężkie przypadki rozsianej gruźlicy obu płuc z jamami. Środek ten wstrzykuje się do żył bardzo ostrożnie, przyczem uważać należy, by ani kropelka płynu nie dostała się do tkanki podskórnej, gdyż to wywołuje bolesne nacieki. Rozpoczyna się od 0·5 cm^3 płynu (0·005 miedzi) lub nawet od 0·2 cm^3, powoli zwiększa się dawkę, nie przechodząc jednak ponad 3 cm^3; wstrzykiwanie powtarza się co 5—6 dni. Dobre wyniki autora mogą zachęcić do dalszych prób. N.

Melubryna ma już obecnie obszerną literaturę. Hesse (Ther. d. Geg. t. 68. 1913) uważa melubrynę za dobry lek przeciwgorączkowy u gruźliczych, który ma tę zaletę, że można go stosować przez całe tygodnie bez szkodliwych następstw poza lekkimi potami. Przy przekroczeniu jednak dawki możliwy jest zapad. U dorosłych podaje się po 0·5 gr 1—3 dnia, trzeba jednak indywidualizować, t. zn. podawać i wyższe dawki zależnie od przypadku. Schuster (Deutsche m. Woch. 1913,) zachwala również melubrynę jako lek przeciwgorączkowy, przeciwgośćcowy i przeciw bolom, zwraca jednak uwagę na niektóre objawy szkodliwego jej ubocznego działania jak: nudności, wymioty, biegunka, poty, co wszystko może prowadzić do zapadu. W dalszym ciągu wyrażają się korzystnie o melubrynie Loening (Ther. Monsft. p. 123, 1913), Schultze (Med. Klin. 1913, p. 416) i Wollenberg (Med. Klin. 1913, p. 63). N.

Jodostarynę i inne przetwory jodowe stosował Pertik (Deutsche m. Woch. 1913, p. 75.) w gruźlicy płuc i stwierdza, że jodostaryna nie działa szkodliwie, nie ma smaku i nie wywołuje zatrucia, chyba w dużych dawkach. Przetwór ten ulega szybko wessaniu i powoli się wydziela, a zatem długo pozostaje w ustroju. N.

Przy podawaniu naparstnicy radzi Romberg (Münch. m. Woch. 1913, p, 1.) kierować się przedewszystkiem stanem pracy serca; kontrolując rytm serca, unika się łatwo nieprzyjemnego działania ubocznego naparstnicy. Stosowanie przetworów miareczkowanych naparstnicy (digitalis titrata) daje dużą pewność. N.

Cymarynę, główny składnik wyciągu z »Apocynum cannabinum«, zaleca Schubert (Deutsche m. Woch. 1913, p. 27.) jako nowy środek sercowy. Prócz działania na serce wywiera cymaryna także wpływ na naczynia i na nerki, przytem chorzy znoszą ją lepiej, niż naparstnicę i również daje się ona dokładniej dawkować, niż naparstnica. Dawka: 0·3—0·4 mgr. wewnętrznie, podskórnie lub śródżylnie. Wstrzykiwania podskórne są bolesne. N.

Periplocin, glikozyd z »periploca graeca« poleca Lewaszew w chorobach serca zamiast przetworów naparstnicy lub strofantyny. Środek ten, zastosowany śródżylnie ma przyspieszać i regulować czynność serca, podnosić ciśnienie i wzmagać wydzielanie moczu. Działania ubocznego ani zbiorowego (kumulacyi) Lewaszew nie zauważył. Dawka średnia 0·001.

Przepis do wstrzykiwań: Rp. Periplocin 0·01, natr. chlorat. 0·6, aq. dest. steril. 10·0, S. — 1 cm^3 do wstrzyknięcia śródżylnego. N.

Adrenalinę w kombinacyi z hypofizyną zaleca stosować Houssay (Wien. klin. Woch. 1913, p. 489). Kombinacya ta łączy w sobie silne działanie adrenaliny na serce i naczynia z przewlekającem się działaniem hypofizyny na te same narządy. Najlepiej mieszać 4—5 kropli 1‰ rozczynu adrenaliny z 1 cm^3 hypofizyny; mieszankę tę stosuje się w tych samych przypadkach, w których używa się adrenaliny jako środka skrzepiającego serce, oraz do różnych celów znieczulenia miejscowego. N.

O leczeniu alkaliami białkomoczów podaje Weiland (Med. Klin. 1913, p. 495.) krytyczne spostrzeżenia. W 24 przypadkach własnych nie spostrzegał wcale korzystnego wpływu, a w 4 przypadkach wystąpiły znaczne obrzęki, częściowo nawet z niebezpiecznymi objawami mocznicowymi. N.

Ocitryna, nowy środek wzmagający ogromnie wydzielanie kwasu moczowego, jest estrem etylowym kwasu fenylocynchoninowego i działa w dawce dziennie 3 gr. podobnie jak atofan. (Petruka: Deutsche m. Woch. 1913, p. 359). N.

Ovogal wywołuje wzmożenie się wydzielania żółci i zwiększenie się w niej ilości taurocholanu sodu i stąd wskazania do zastosowania ovogalu są: ostre i przewlekłe nieżyty dróg żółciowych oraz kamica. Podaje się przetwór ten w dawkach 0·5 gr 3—4 razy dnia w kapsułkach żelatynowych (Eichler, Latz, Boas, Arch. f. Verd. Bd. XV, 5. Ther. d. Geg. 1910, 4). N.

Przy kamicy żółciowej zalecają Grumme (Med. Klin. Nr 13) i Engels (Med. Klin. Nr 34) sok z czarnej rzodkwi. Sok ten w czasie, gdy niema świeżej rzodkwi, wyrabia fabryka Dr Naumanna w Dreznie. K.

Kodeonal, środek nasenny i uspokajający, bywa coraz więcej stosowany. Według spostrzeżeń Manna (Münch. m. Woch. 1913, p. 474) nie zawodzi prawie, a w lekkich przypadkach wystarcza często jedna tabletka dla wywołania pożądanego skutku. Sen następuje zwykle po 3 kwadransach i trwa około 7 godzin. Szczególnie nadaje się kodeo-

nal do stosowania w chorobach płuc, przebiegających z kaszlem, a także i u chorych sercowych. W ciężkich stanach podniecenia nie działa. N.

Parakodynę — nowy przetwór kodeiny (dwuhydrokodeina) wprowadza w praktykę Fraenkel (Münch. med. Woch. 913, 522), zachwalając ją z tego powodu, iż szybciej łagodzi kaszel, niż kodeina, działa dłużej, oraz działa nasennie nawet w mniejszych dawkach, niż kodeina. Dawka: 0·025 gr. 3 razy dziennie. N.

Luminal według Hartunga (Deutsch. med. Woch. 913, p. 308) ma 2—3 razy silniej działać niż weronal. W lekkiej bezsenności osiąga się już dawką 0·1 gr. pożądany skutek; w cięższych przypadkach wystarcza 0·3 gr. W stanach podniecenia maniakalnego radzi H. zacząć od dawki 0·5—0·7 i obniżać później dawkę. W chorobach umysłowych współzawodniczy luminal ze skopolaminą, weronalem i sulfonalem. Szkodliwego działania nie zauważa się, najwyżej senność następnego dnia. N.

Adamon (Dibromdihydrozimmtsäureborneolester) według Guddena (Med. Klinik 1913, IV. p. 137) jest nieszkodliwym środkiem kojącym (sedativum), może być dłuższy czas podawany i nie wywołuje dolegliwości żołądkowych. Adamon jest przetworem, zastępującym w formie stałej przetwory kozłkowe. Dawka 0·5 gr. kilka razy dnia. N.

Fosforu próbował w padaczce Leubuscher (Deusche m. Woch. 1913, p. 494); po kilkomiesięcznem podawaniu fosforu w rozczynie oliwy (bez wszelkiego innego leczenia) zmniejszała się znacznie ilość napadów; również po zaprzestaniu leczenia nie powtarzały się napady. Chorzy znosili dobrze to leczenie. N.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 16 września 1913 r.

1) Dąbrowski K. przedstawił dwóch chorych **z rozszerzeniem żołądka** znacznego stopnia. W obu przypadkach rentgenogramy wykazały nizkie zupełnie położenie kiszki poprzecznej.

2) B. Dębiński i S. Tuz. **Próby odróżnienia gruźlicy czynnej od nieczynnej zapomocą odczynów tuberkulinowych z określeniem miana tuberkuliny.** Prelegenci zbadali metodą Pirqueta 44 i metodą Mantoux 55 chorych. a) Badania metodą Pirqueta dały następujące wyniki: Wszyscy niegruźliczy dali odczyn Pirqueta ujemny. Największą liczbę odczynów dodatnich dała gruźlica w I. okresie, najmniejszą gruźlica w III okresie. Słabsze rozcieńczenie tuberkuliny daje mniejszą liczbę odczynów dodatnich. Określenie miana tuberkuliny nie daje wskazówek dla odróżnienia gruźlicy czynnej od nieczynnej. — b) Badania metodą Mantoux dały wyniki następujące: Odczyn dodatni występuje nietylko po wstrzyknięciu tuberkuliny, lecz niekiedy i po wstrzyknięciu rozczynu fizyologicznego (na 55 chorych, 8 razy). Najmniejszy odsetek odczynów dodatnich (wyłączając niegruźliczych) otrzymujemy w III okresie gruźlicy. Odczyn miejscowy jest tem silniejszy, im rozczyn tuberkuliny silniejszy. Największy odsetek odczynów dodatnich dają przypadki gruźlicy miejscowej. Niegruźliczy dają poważny odsetek odczynów dodatnich (60%). Gruźlicy czynnej (I i II) od włóknistej nieczynnej zapomocą określenia miana tuberkuliny odróżnić nie można.

W dyskusyi a) Rzętkowski zapytuje prelegenta, co w badaniach jego stanowiło miarę dla odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej. Br. stwierdza wielką trudność odróżniania dwu tych zjawisk doraźnie, tembardziej, że gruźlica nieczynna w pewnych warunkach stawać się może czynną.

b) Gałecki zaznacza, że oprócz rozpoznawania spraw czynnych z punktu widzenia ściśle anatomo-patologicznego trzeba w praktyce odróżniać jeszcze sprawy czynne w znaczeniu praktyczno-klinicznem. Za takie uważamy sprawy, które się jeszcze nie podgoiły tak dalece, żeby chory mógł powrócić do zwykłego otoczenia i zajęcia. Pojęcie to jest bardzo względne i bardzo trudne do ustalenia. Badanie fizyczne daje w tym kierunku często wyniki zwodnicze. Wielką pomocą w rozpoznawaniu spraw czynnych są, według G., podane przez Pottengera metody badania skurczów mięśniowych ponad ogniskami sprawy gruźliczej, oraz lekkie obmacywanie. Wogóle jednak do określenia, czy sprawa jest czynną w znaczeniu praktyczno-klinicznem, dojść można tylko drogą ścisłej, wielostronnej i długotrwałej obserwacyi chorego. Ażeby jednak owo pojęcie tak względne można było określić zapomocą metody biologicznej, G. »a priori« bardzo wątpi.

c) A. Sokołowski podkreśla, że rozwiązanie problematu gruźlicy czynnej i nieczynnej stanowi przedmiot niezwykłej doniosłości, nietylko pod względem dalszych losów chorego, lecz też i ze względów społecznych. Doświadczenie kliniczne dowodzi, że większość chorych, którzy opuszczają sanatorya, jako wyleczeni, po pewnym szeregu lat znowu zapada na dawne cierpienie; jedynie nieznaczny odsetek chorych pozostaje wolnym od objawów gruźlicy. To doświadczenie kliniczne jest poniekąd zgodne z doświadczeniami na zwierzętach, wykazującemi, że w większości przypadków materyał, otrzymany nawet z zabliźnionych ognisk płucnych lub gruczołowych, daje wynik dodatni przy szczepieniu. Istnieje możliwość wytworzenia się u chorych istotnej gruźlicy nieczynnej, czyli zabliźnionej; postaci tej nie możemy określić zapomocą dotychczasowych sposobów badania fizycznego, lub też prób biochemicznych; jedynie wykrycie laseczników w plwocinie potwierdza niejako matematycznie rozpoznanie. Wobec takiego stanu rzeczy bardzo pożądanem jest wynalezienie odczynnika biochemicznego, czy też fizycznego (Roentgen), któryby stanowczo, i to w krótkim czasie, mógł rozwiązywać tak ważne zagadnienie. Nic też dziwnego, że w ciągu kilku lat ostatnich, liczni autorowie zagraniczni starali się rozwiązać tę sprawę, głównie na drodze czynników biochemicznych, niestety naogół z wynikiem ujemnym. S. pomimo to nie wątpi, że sprawa ta zostanie w krótszym lub dłuższym czasie pomyślnie załatwioną.

d) Knappe stwierdza, że sprawa rozróżnienia gruźlicy czynnej od nieczynnej daje się rozstrzygnąć na drodze bakteryologicznej. Ani duru brzusznego, ani innych chorób zakaźnych pojąć nie możemy inaczej, jak tłómacząc je przez dostawanie się swoistych zarazków do krwi. Przez samą więc analogię przyjąć musimy, że gruźlica nie stanowi wyjątku pod tym względem. Lasecznik gruźlicy przebywać może w jakimkolwiek narządzie, np. w gruczole chłonnym, odgraniczony tkankami od obiegu krwi i wtedy szkody poważnej ustrojowi nie wyrządza. Gruźlica jest nieczynną w takim przypadku. Jeżeli zaś lasecznik wydostanie się z zamknięcia i przeniknie do obiegu krwi, wtedy gruźlica staje się czynną: ustrój oddziaływa na to gorączką i podupada. Że tak jest istotnie, mamy na to liczne dowody; a najważniejszym jest ten, że coraz częściej wykrywane bywają laseczniki gruźlicze we krwi w gruźlicy czynnej, i to bynajmniej nie w przypadkach ciężkich, jak gruźlica rozsiana. Sposób ten jest technicznie trudny; z czasem jednak będziemy posiadać sposób pewny odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej.

e) Wisłocki, zgadzając się z Knappem, że krew jest terenem, na którym poszukiwać powinniśmy różnic między gruźlicą czynną i nieczynną, zaznacza, że obecność lub brak we krwi laseczników gruźliczych nie może mieć pod tym względem znaczenia. Porównania z durem nie uważałby za odpowiednie, gdyż o ile dur jest typową bacil-

lemią, o tyle w gruźlicy laseczni]k swoisty względnie rzadko znajduje się we krwi.

f) Gantz przedewszystkiem zaznacza, że sprawa obecności prątków gruźliczych we krwi chorych na gruźlicę jeszcze bynajmniej nie jest tak stanowczo rozstrzygnięta, jak sądzi Knappe. Wprawdzie wielu autorów znajduje prątki bardzo często u chorych, a pewien Japończyk stwierdzał nawet ich obecność u zdrowych lekarzy, istnieje już jednak cały szereg prac, które dowodzą, że zgoła nie często udaje się prątki znaleźć we krwi, a także że często znalezione we krwi laseczniki są jedynie prątkami kwasoodpornymi, lecz nie lasecznikami Kocha. Okazało się między innemi, że włóknik i osnowa (stroma) krążków czerwonych są również kwasoodporne. Gantz od roku prowadzi badania w tym kierunku wspólnie z Saskim; we wszystkich jednak przypadkach, prócz badania bakteryoskopowego, szczepi osad, otrzymany ze krwi, świnkom morskim i takie tylko postępowanie uważa za słuszne. Na 30 przypadków gruźlicy w 2 tylko znalazł twory, przypominające laseczniki Kocha w preparatach, a jeden raz tylko otrzymał gruźlicę u świnek morskich. Co się tyczy objawu Pottengera, o którym wspomina Gałecki, to Gantz zbierał w tym kierunku spostrzeżenia i doszedł do wniosku, że ów skurcz mięśni można stwierdzić i w gruźlicy nieczynnej, a wogóle jest to objaw niepewny. W sprawie samego odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej sądzi G., że jedynie na drodze biochemicznej uda się z czasem dojść do celu.

g) Dębiński odpowiada, że sprawę gruźliczą czynną od nieczynnej odróżnić klinicznie jest niezmiernie trudno. Mówi się zwykle, że chory jest dotknięty gruźlicą nieczynną, jeżeli nie kaszle, nie pluje, nie gorączkuje, nie traci na wadze i t. p., lecz nie jest to rozpoznanie ścisłe. Ścisłego rozpoznania niepodobna często zrobić, nawet na sekcyi. Konieczne jest więc badanie histologiczne, lub szczepienie.

3) K l e i n St. **Nowy i prosty sposób barwienia krwi i tkanek zapomocą nowego płynu barwnego (polychromu).** K. sporządził płyn barwny, który składa się z 2 części »methylenblaueozyny« i 1 części wielobarwliwej (polychromowej) methylenblaueozyny w alkoholu metylowym. Płyn ten nie ma wad, właściwych płynom barwnym, natomiast użycie jego jest proste. Barwienie odbywa się w sposób następujący: Barwienie krwi: 1) Na szkiełko nakrywkowe z krwią nalewamy 10 kropel polychromu, po 10 minutach dolewamy 10 ctm. wody przekroplonej; po następnych 10 minutach wyjmujemy i suszymy bez opłukania. 2) Szybki sposób. Do 10 kropel polychromu, nalanych na szkiełko, dodajemy po 10 minutach 10 kropel wody przekroplonej, po 3 minutach dolewamy 10 ctm. wody przekroplonej; po 5 minutach szkiełko wyjmujemy z wody.

Barwienie tkanek: Na preparat, naklejony na szkiełku przedmiotowem, nalewamy do 50 kropel polychromu, po 5 minutach dodajemy 5 kropel wody przekroplonej, po 5 minutach płyn zlewamy, preparat stawiamy do wody na 3 minuty.

W d y s k u s y i Rzętkowski zapytuje, czy należy krew utrwalać. K. odpowiada, że nie trzeba, bo płyn zawiera już alkohol, który utrwala preparat.

Posiedzenie z d. 30. września 1913.

Cz. J a k u b o w s k i i Jerzy B r u n n e r: **Leczenie twardzieli autowakcyną.** We wstępie autorzy podają w krótkości dane historyczne i geograficzne, dotyczące twardzieli, następnie przedstawiają obraz kliniczny i anatomopatologiczny tego cierpienia i oceniwszy krytycznie wszystkie dotychczas stosowane metody i zabiegi lecznicze, zastanawiają się nad sprawą leczenia twardzieli zapomocą zabitych zarazków. Ponieważ sprawa ta wiąże się ściśle ze sprawą swoistości tych zarazków, autorzy stwierdzają, że we wszystkich przypadkach klinicznie stwierdzonej twardzieli, zarazki o typie »bacillus scleromatis Frisch« wykrywać się dają stale i z łatwością. Badając bakteryologicznie z górą 30 przypadków twardzieli. autorzy stale wykrywali w hodowlach wspomniane zarazki. Dzięki nowym metodom badania udało się wykryć różnice między prątkiem twardzieli, a wszystkimi otoczkowcami, jak: prątek ozeny, lasecznik Friedländera, bac. mucosus. Jakkolwiek dotychczas nie udało się na drodze doświadczalnej przeszczepić twardzieli na błony śluzowe zwierząt, to jednakże fakt ten według autorów nie może zachwiać wiary w swoistość zarazka. Wszak do niedawna nie umiano wywołać u żadnego zwierzęcia zmian kiłowych, wszak pasorzyty zimnicy również nie są dla zwierząt szkodliwe, a o zaraźliwości płonicy, odry i wielu innych chorób i o swoistości wykrytych, lub jeszcze nie wykrytych zarazków nikt nie wątpi, pomimo braku przekonujących doświadczeń na zwierzętach. W przekonaniu o swoistości zarazków twardzieli powzięli autorzy zamiar stosowania szczepionki, opierając się na przesłankach następujących: 1) Laseczniki Frischa są przyczyną twardzieli. 2) Cierpienie to zaliczone być powinno do zaraźliwych, czego dowodzą przypadki endemii domowych i terytoryalnych. 3) Choroba należy do bardzo przewlekłych. 4) We krwi chorych zjawiają się ciała swoiste, będące wyrazem pewnego odczynu ustroju i pewnych zjawisk odpornościowych. Wobec tego autorzy doszli do wniosku, iż stosowanie szczepionki swoistej jest uzasadnione i wskazane, gdyż na drodze tej można osiągnąć odporność ogólną i miejscową, która powinna zahamować lub stłumić dalszy rozwój cierpienia, zwiększając siły ochronne ustroju. Leczenie swoiste z natury rzeczy powinno być długotrwałe, przyczem wyrzec się trzeba nadziei usunięcia starych zmian bliznowatych, licząc jedynie na zmniejszenie lub usunięcie zmian świeżych, zapobiegając równocześnie powstawaniu nowych ognisk. Szczepionkę autorzy przygotowali w ten sposób: Z 24-godzinnej czystej hodowli agarowej zarazków z danego przypadku bierze się pewną ilość uszek platynowych normalnych do 10 ctm. wyjałowionego rozczynu soli fizyol., poczem mieszankę ogrzewa się w kąpieli wodnej w ciągu godziny w 60° C. Z przypadków leczonych autowakcyną podają autorzy 4 przypadki świeżej twardzieli ze znakomitą poprawą przedmiotową i podmiotową, (z tych 2 przypadki przedstawione na posiedzeniu), 2 przypadki twardzieli, trwające po kilkanaście lat, bez poprawy, 2 przypadki świeżej twardzieli, pozostające w jeszcze leczeniu, z poprawą i 1 przypadek, spostrzegany przez M. Zbrowskiego, z poprawą. W zakończeniu autorzy podnoszą i społeczną stronę leczenia twardzieli, cierpienia, szerzącego się w sposób zatrważający, a mając na celu walkę z tą zarazą, powtarzają za prof. Juraszem szereg wniosków, dążących do tej walki, oraz dodają swój wniosek, iż należałoby rozpocząć jak najrychlej leczenie swoiste klinicznie stwierdzonych wczesnych przypadków twardzieli i wprowadzić szczepienie uodporniające osób zdrowych jeszcze, lecz zamieszkałych w ogniskach zarazy. Poza przedstawieniem 2 chorych na twardziel, leczonych autowakcyną, pokazali autorzy cały szereg hodowli agarowych lasecznika Frischa, oraz preparaty mikroskopowe.

W d y s k u s y i a) Karwacki zaznacza, że celem logicznym uodporniania przeciwko pasorzytom twardzieli jest zniszczenie ich w ogniskach. Tylko w tym przypadku można mówić o wyleczeniu. W przeciwnym razie szczepienie staje się również tylko środkiem objawowym, aczkolwiek znacznie skuteczniejszym od wszystkich zabiegów dotychczasowych, jak wynika ze sprawozdania prelegenta. K. zapytuje przeto prelegenta, czy przedsiębrano badania bakteryologiczne w celu stwierdzenia zachowania się pasorzytów po dłuższej seryi szczepień.

b) Srebrny podziela zdanie Karwackiego i zaznacza, że jeśli porównać zmiany chorobowe na początku obserwacyi według opisu prelegenta z tem, co widać obecnie u 2 przedstawionych chorych, to przyznać wypadnie, że

poprawa u obojga jest bardzo wybitna, ale tylko poprawa, o wyleczeniu tu mówić jeszcze nie można. Przedstawiony mężczyzna ma jeszcze wały pod strunami, zwłaszcza pod lewą, kobieta ma bardzo wyraźny naciek lewej struny rzekomej. Z tego powodu uważa Srebrny za przedwczesny wniosek, że autowakcyna zapobiega nawrotom twardzieli, a za jeszcze bardziej przedwczesny drugi wniosek, że autowakcyna zapobiega powstawaniu nowych ognisk twardzielowych.

c) J. Brunner odpowiada Karwackiemu, że w jednym przypadku twardzieli po dłuższem leczeniu swoistem wykrył jednak w tkance rozrostowej laseczniki swoiste. Wyjałowienie tkanki pod wpływem uodpornienia byłoby bardzo pożądane, nie jest jednak warunkiem koniecznym. W durze brzusznym, jak wiadomo, prątki durowe w ciągu bardzo długiego czasu przebywają w ustroju (w jelitach, w żółci) po zupełnym powrocie do zdrowia. B. sądzi, że celem leczenia jest wyleczenie w znaczeniu klinicznem, nie zaś wyjałowienie tkanek. Srebrnemu B. przyznaje, że dla bezwzględnej oceny wartości metody konieczna jest dłuższa obserwacya, sądzi jednak, że otrzymane dotąd wyniki niemniej zasługują na uwagę.

d) Kuligowski wyjaśnia, że przejście komórki okrągłej we wrzecionowatą lub gwiaździstą nie jest sprawą wsteczną, lecz naturalnym biegiem w rozwoju komórki łącznotkankowej, kulki zaś szkliste powstają w miejscu komórek śródbłonkowych.

e) Szmurło, stwierdzając wielką poprawę u przedstawionych chorych, zaznacza, że leczenia tego nie można jeszcze nazwać swoistem, gdyż w krtani u tych chorych istnieją jeszcze zmiany twardzielowe.

f) Karwacki odpowiada Brunnerowi, że pozostawanie pasorzytów w ogniskach wskazuje na prawdopodobieństwo nawrotów. Porównanie chorych twardzielowych po szczepieniach z roznosicielami po durze wydaje się K. niesłusznem.

g) A. Sokołowski podnosi prostotę i łatwość zastosowania nowej metody, a wyniki z jej stosowania nie ustępują, a może przewyższają wyniki innych metod. Co się tyczy trwałości tych wyników, to jedynie przyszłość może coś stanowczego orzec.

h) M. Jakowski zaznacza, że metodzie leczenia twardzieli autowakcyną można z teoretycznego punktu widzenia rokować przyszłość. T. Borzęcki.

Z 13. Zjazdu niemieckiego Towarzystwa dla pielęgnowania zdrowia w szkołach i 5. Zjazdu Towarzystwa lekarzy szkolnych niemieckich.

(Wrocław 12—16 maja 1913).

Podał

Dr Adolf Klęsk.

1) Steinhaus (Dortmund): **Jakim warunkom ze stanowiska higieny odpowiadać powinny dzieci, rozpoczynające naukę szkolną?** Wzrost ciała powinien wynosić najmniej 110 cm (ze względu na wymiary ławki i oddalenie oka od pulpitu), waga u chłopców 19 kg., u dziewcząt 18 kg., obwód klatki piersiowej 52—54 cm. Dziecko powinno umieć rozróżniać i nazwać barwy typowe. Znaczniejsze zaburzenia mowy skłaniać powinny do wstrzymania nauki dziecka choćby na rok, podobnie wybitna krzywica, zołzy, złe odżywienie, gruźlica, ciężkie cierpienia oczne, ropotok ucha, cierpienia nerwowe, padaczka, pląsawica. Umysłowo słabo, lecz cieleśnie dobrze rozwinięte dzieci nadają się do szkół pomocniczych (Hilfsschule). Dziecko powinno mieć skończony szósty rok życia, a w wyjątkowych przypadkach (najmniej 5 lat i 9 miesięcy) zezwolić może na uczęszczanie tylko lekarz szkolny.

Koreferent Wehrhahn (Hannower) zgadza się z referatem lekarskim pod każdym względem. Kaleki uczą się nieraz znakomicie. Dzieci gorzej słyszące powinny być zbierane i uczone w osobnych oddziałach. Zdanie, że dziecko dopiero w 7. roku życia powinno być oddawane do szkoły, uważa W. za niesłuszne. Szósty rok życia jest zupełnie odpowiedni. Bardzo pożądanem jest, by dzieci uczono odrazu w szkołach, nie prywatnie. Dla dzieci słabowitych powinny być ogródki szkolne, jako przygotowanie do właściwej nauki.

W dyskusyi omawiano minimum wzrostu, miesiąc rozpoczynania nauki szkolnej (proponowano październik), wpływanie na rodziców, by chowali dzieci racyonalnie w wieku przedszkolnym i t. p.

2) Oebbecke (Wrocław). **Zawód siostry szkolnej i jej czynność.** T. zw. siostra szkolna okazała się nieocenioną, jako pomocnica lekarza szkolnego. Dopilnowuje ona poleceń lekarskich, dba o czystość dzieci, pomaga lekarzowi przy badaniach, odwiedza dzieci w domu i poucza rodziców, jak wykonać zlecenia lekarza. Siostra taka powinna mieć dyplom pielęgniarki. Prowadzi ona dziennik, w który wpisuje ważniejsze fakta.

3) Basedow (Hanower). **Opieka szkolna nad dziećmi umysłowo słabo rozwiniętemi po małych miastach i wsiach.** B. przemawia gorąco za urządzaniem zakładów po wsiach i miastach dla wychowywania szkolnego dzieci słabo umysłowo rozwiniętych, a tych po wsiach jest znacznie więcej, niż po miastach (w Niemczech najmniej 100.000). Koszt utrzymania dziecka na wsi wyniósłby 1 do 1·5 marki dziennie, tak, że rodzice przy pomocy gmin mogliby temu podołać, a wynik byłby społecznie ogromny. Jest to sprawa niemniej ważna, niż przytułki dla ciemnych i głuchoniemych, a może i ważniejsza, bo przysporzyć może państwu z czasem tysiące dzielnych obywateli.

3) Lietz (Haubinden). **Znaczenie wiejskich zakładów wychowawczych ze stanowiska higienicznego i pedagogicznego.** Zakłady takie mają za cel kształcić umysłowo młodzież na wsi, dając im równocześnie wychowanie, zastępujące dom rodzinny. Dziecko, prócz nauki, hartuje zdrowie i uczy się pracy w polu, ogrodzie i rękodzieła. Nadto przebywa ciągle z wychowawcą, nabiera do niego zaufania, kształci charakter. Plan nauki musi tu być naturalnie inny, mniej szablonowy, niż w szkołach zwykłych.

Koreferent Sexauer (Godesberg). W zakładach takich dba się przedewszystkiem o higieniczny tryb życia (dyeta więcej roślinna, bezwzględne usunięcie alkoholu i nikotyny), uważa się na sen (otwarte okna), przyczem wychowawca świecić musi przykładem. Nauka odbywa się o ile możności na świeżem powietrzu. Poucza się przytem racyonalnie o życiu płciowem itp. Znakomite usługi oddają te zakłady u dzieci słabowitych i nerwowych. Praca fizyczna o wiele lepiej działa, niż źle nieraz traktowane i przesadzane sporty. W zakładach takich musi naturalnie być stały lekarz.

5) Stephani (Mannheim). **Znaczenie hałasu ulicznego dla szkoły.** S. zwraca uwagę na to, jak wielką przeszkodą w nauce szkolnej jest hałas uliczny, a że ze względu na wentylacyę okna muszą być otwierane, budować należy szkoły tak, by okna sal wychodziły na obszerny dziedziniec.

W dyskusyi Borchardt omawia wentylacyę bez otwierania okien.

6) Brieger (Wrocław). **Głuchota w szkole.** D. omawia przyczyny złego słuchu u dzieci szkolnych, jakoteż znakomite wprost wyniki, osiągane w klasach, ew. szkołach, przeznaczonych do uczenia dzieci głuchych, względnie źle słyszących.

XIX. Wiec austryackich Izb lekarskich.

Tegoroczny Wiec Izb lekarskich austryackich odbędzie się we Lwowie, 8. grudnia 1913 (w gmachu Izby handlowej i przemysłowej, ul. Akademicka 19).

Na wiec zgłoszono 10 wniosków, których treść jest w skróceniu następująca:

1) Należy wnieść do rządu memoryał z obszernie umotywowanym protestem przeciw ograniczeniu zakresu działalności lekarskiej na korzyść rozmaitych elementów nielekarskich. (Izba wiedeńska).

2) Należy zwołać międzynarodowy Zjazd lekarski w sprawach społecznych i w tym celu utworzyć komitet. (Izba wiedeńska).

3) Wiec wybierze komitet z 3 członków, który zajmie się uzyskaniem u rządu dawno oczekiwanej reformy ustawy o Izbach lekarskich. (Izba wschodnio-gal., referent Dr Papée).

4) Sprawa zmiany regulaminu Wieców i Wydziału wykonawczego. (Wydział wykonawczy, ref. prof. Petrina).

5) Sprawa umów ze Związkiem kas chorych. (Wydział wykonawczy, ref. prof. Finger).

6) Należy podjąć kroki, aby w szpitalach kasy chorych płaciły taksy operacyjne za wykonane u ich członków operacye. (Izba górno-austr. ref. Dr Obermüllner).

7) Należy uprosić rząd o rozporządzenie, aby lekarze, zgłaszający się po doktoracie do władz politycznych, otrzymywali pozwolenie rozpoczęcia praktyki dopiero wtedy, skoro przedstawią dowód, iż już zgłosili się do Izby; od przedstawienia takiegoż dowodu powinno być również zależne nadawanie posad publicznych. (Izba wschodnio-gal., ref. Dr Papée).

8) Sprawa ewidencyi lekarzy, przynależnych do Izb. (Izba dolno-austr.).

9) Należy zwrócić się do rządu, aby jaknajrychlej została uregulowana sprawa kas chorych w porozumieniu z przedstawicielstwem zarównotych kas, jak i lekarzy, i zaprotestować przeciwko orzeczeniu namiestnictwa dolno-austr., jakoby lekarze tej prowincyi w obronie przed kasami chorych przekroczyli granice prawa koalicyi. (Izba dolno-austr.).

10) Należy zwrócić się do rządu o jaknajrychlejsze wypracowanie i przedłożenie parlamentowi (po zasięgnięciu opinii Izb) — ordynacyi lekarskiej. (Izba dolno-austr.).

XVIII. Zjazd chirurgów polskich.

XVIII. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w terminie wiosennym (Wielkanoc lub Zielone Świątki) 1914 r. bez względu na to, czy w Warszawie, czy w Krakowie; — dokładny termin zostanie wkrótce ogłoszony.

Pertraktacye o pozwolenie na Zjazd w Warszawie niestety i tak już Zjazd o blizko dwa lata opóźniły, a tak dużo bardzo ważnych zagadnień czeka na omówienie.

W przyszłym roku upływa 25 lat od czasu, kiedy się odbył pierwszy nasz Zjazd w Krakowie; rok ten jubileuszowy powinien być specyalnie obfity w prace naukowe.

Zamiarem jest nadto, korzystając z doświadczenia dotychczasowego, przeprowadzić na przyszłym Zjeździe odpowiednie reformy.

Tematy programowe pozostają dotychczas ustalone: 1) Leczenie złamań kości. 2) Zapalenie otrzewnej. 3) O operowaniu guzów kiszki grubej.

Sekretarz: M. W. Herman. Prezes: L. Rydygier.

W sprawie mandatów lekarskich w Sejmie.

Ze spodziewanem w ciągu dni kilku rozstrzygnięciem sprawy sejmowej reformy wyborczej łączy się spełnienie postulatu najszerszych kół lekarskich w Galicyi, by obu Izbom lekarskim przyznane zostało prawo wysyłania do Sejmu po jednym pośle. Rozumiejąc doniosłość chwili dla losów swego postulatu, uczyniły koła lekarskie wszystko, co do nich należało. Izby lekarskie, Związek lekarzy i Towarzystwa lekarskie przedstawiły w ostatnich tygodniach raz jeszcze postulat ten i jego motywa kołom poselskim i władzom krajowym, zwracając się przedewszystkiem do tych, w których ręku skupia się cała akcya w sprawie reformy wyborczej, wysyłając deputacye i wręczając memoryały JE. Namiestnikowi i przywódcom stronnictw sejmowych.

Podobnie, jak w okresie ostatnich wyborów sejmowych postulat lekarskich mandatów sejmowych spotkał się ze zrozumieniem wśród najświatlejszych posłów i z przyrzeczeniem z ich strony, że postulat ten będą popierać, taksamo i w ostatnich tygodniach podjęte kroki reprezentacyi świata lekarskiego trafiły w naczelnych kołach politycznych na atmosferę, wogóle biorąc, życzliwą. Niemniej, pomimo że przychylne stanowisko prasy codziennej spopularyzowało już zasadniczą myśl postulatu, to jednak opinia ogółu i część szerszych sfer poselskich niezupełnie jeszcze, jak się zdaje, zdała sobie sprawę z motywów i formy postulatu.

Nie od rzeczy więc będzie przypomnieć, że koła lekarskie w kraju nie biorą mandatów sejmowych dla Izb lekarskich ani w znaczeniu krzeseł wirylnych, ani w znaczeniu reprezentacyi zawodowej. Wszak cała zasadnicza idea reformy wyborczej nie godzi się z dalszem mnożeniem krzeseł wirylnych w dotychczasowem tego słowa znaczeniu, wobec czego przecież i lekarze nie mogą ich żądać. Izby lekarskie miałyby zatem obsadzać krzesła poselskie nie tak, jak n. p. uniwersytety, ale tak, jak n. p. Izby handlowe, wybierając osobistości, najlepiej do pracy sejmowej się nadające i najbardziej do zadania swego uzdatnione. Ale pomimo podobnej formy obsadzania, nie miałyby mandaty lekarskie nic wspólnego z charakterem reprezentacyi zawodowej, jaki mają mandaty Izb handlowych, nie byłyby przedstawicielstwem stanu. Istotą tych, tak zwanych »lekarskich« mandatów byłoby przedstawicielstwo interesów sanitarnych i społeczno-higienicznych ogółu ludności, interesów niezmiernie ważnych w gospodarce krajowej, wymagających koniecznie fachowego znawstwa i bezstronnej, od wpływów politycznych niezawisłej opieki. I to byłoby zadaniem owych posłów-lekarzy; stan lekarski niema takich własnych interesów, dla którychby miał się dobijać o zawodową reprezentacyę w Sejmie. Toteż owe tak zwane »lekarskie« mandaty nie mogą być porównywane z żadną »kuryą zawodową« i wcale nie stwarzają precedensu dla jakichkolwiek kuryi tego rodzaju; nie powinny też być traktowane na równi z postulatami którejkolwiek z grup społecznych, domagającej się zawodowego przestawicielstwa, lecz z odrębnego stanowiska, pod kątem widzenia potrzeb ogólno-społecznych i dobra całej ludności.

Koła lekarskie w całym kraju żywią nadzieję, że słuszny ich i z szerszego stanowiska wychodzący postulat zostanie uwzględniony, i nie wątpią, że w obecnej decydującej chwili znajdą poparcie wszystkich tych czynników politycznych, które patrzą nietylko na najbliższe jutro, ale i w dalszą przyszłość.

c.

Z postępów szpitalnictwa w Królestwie Polskiem.

W Królestwie Polskiem odbywa się charakterystyczne zjawisko: po wieloletnim okresie zastoju, a nawet cofania się, powstaje naraz w ostatnich kilku latach w różnych punktach kraju szereg nowych, nieraz pierwszorzędnych zakładów szpitalnych. Z niewielu wyjątkami są to fundacye prywatne, tworzone przez ofiarne jednostki lub rodziny.

Wytłómaczenie tego szczególnego zjawiska nie jest trudne. Zastój w rozwoju szpitalnictwa był naturalnym wynikiem jego zagarnięcia przez czynniki urzędowe, złej gospodarki i wkraczających nawet tutaj działań rusyfikacyjnych. Za tem poszło, że społeczeństwo, najzupełniej tracąc zaufanie do administracyi szpitalnictwa, zupełnie odeń odwróciło swą ofiarność; doszło w końcu do tego, że niejeden szpital o świetnej przeszłości doczekał się nietylko upadku, ale zupełnego zamknięcia. Skoro tylko zaś przez zapowiedź samorządu, przez objęcie szpitali warszawskich w zarząd miasta, obudziły się nadzieje, że w szpitalnictwie powróci społeczeństwo do wpływów i będzie w niem mogło przywrócić ład i prawidłową gospodarkę, zaraz też objawiła się na nowo i energiczna samopomoc i podziwu godna fala ofiarności, która, natrafiając właśnie wtedy na przeszkody w dziale oświatowym, tem rychlej skierowała się w łożysko humanitaryzmu.

Naczelne miejsce w tym ruchu dostało się szpitalom dziecięcym, których liczby i jakości mogą teraz Królestwu inne dzielnice polskie pozazdrościć; jednakże i w innych działach nie brak poważnych nabytków, jak w zakresie zakładów dla umysłowo i nerwowo chorych (Drewnica, Karolin, rozwój Kochanówki), sanatoryów przeciwgruźliczych (Rudka, Leśniczówka). Wśród szpitali dziecięcych zapowiedzią niejako tego okresu było stworzenie szpitala Anny-Maryi w Łodzi, zą czem poszedł szpital fundacyi Vetterów w Lublinie, fundacya hr. Ożarowskiej w Radomiu i najwspanialszy, świeżo otwarty szpital im. Karola i Maryi w Warszawie, ufundowany przez p. Zofię Szlenkierównę, która ofiarowała na ten cel cały swój majątek.

Budowa szpitala im. Karola i Maryi w Warszawie trwała dwa lata. Szpital składa się z 9 pawilonów, rozmieszczonych na placu o powierzchni 35.000 łokci kwadratowych o dwu frontach: jeden od ul. Leszno, drugi od ul. Żytniej.

Na terytoryum szpitala mieszczą się: Mały budynek piętrowy

(parter — mieszkanie portyera, pierwsze piętro — mieszkanie jednego z lekarzy miejscowych), za którym stanęło ambulatoryum dla chorych przychodzących. Każde dziecko ulega przedewszystkiem w »sortowni chorych« przedwstępnemu badaniu co do chorób zakaźnych. W razie stwierdzenia choroby zakaźnej, dziecko umieszcza się w jednej z 5 separatek, gdzie lekarz udziela mu porady, następnie innem wyjściem dziecko wypuszcza się na ulicę. Dzieci z chorobami niezakaźnemi kieruje się do obszernej, widnej poczekalni, skąd przechodzą do rozbieralni i zawinięte w czyste prześcieradło, przenoszone są do gabinetów lekarskich, przeznaczonych do badania dzieci. Takich gabinetów jest 4: dwa dla chorób wewnętrznych i nerwowych, jeden dla chorych na gardło, nos, uszy i oczy i jeden dla chorych chirurgicznych. Prócz tego urządzono w tymże gmachu salę operacyjną, salkę do opatrunków gipsowych i pomieszczenie sterylizacyjne. Po udzieleniu porady dziecko wraca do ubieralni i nie przechodząc przez wspólną poczekalnię, wychodzi na ulicę. W tymże gmachu mieści się instytut ortopedyczny, kancelarya, gabinety lekarza naczelnego i kuratorki, oraz biblioteka i czytelnia lekarska. Za ambulatoryum stoi obszerny gmach w postaci litery H, w którym połowę przeznaczono na oddział chirurgiczny z salami opatrunkowemi, operacyjnemi, z salą sterylizacyjną i z gabinetem rentgenowskim. W drugiej połowie mieszczą się: oddział wewnętrzny, gruźliczy, oddział zakażeń jelitowych i duża główna pracownia szpitalna, zaopatrzona we wszystkie przyrządy do badań chemicznych, mikroskopowych i bakteryologicznych. Prócz tego w każdym pawilonie urządzono małą pracownię oddziałową. Na piętrze tego gmachu jest oddział dla niemowląt wraz z kuchnią mleczną. Dalej w głębi stoi piętrowy gmach gospodarczy, w którym mieści się kotłownia, kuchnia, pralnia, maglarnia, prasowalnia, skład bielizny, pokoje stołowe dla służby i dozorczyń i salonik dla dozorczyń, na piętrze mieszkania dla dwu lekarzy miejscowych, oddzielne pokoje dla każdej z dozorczyń, w mansardach zaś 4 obszerne, widne pokoje dla służby. Za gmachem gospodarczym znajduje się pawilon obserwacyjny, składający się z oddzielnych pokojów-cel. Każda celka przeznaczona jest tylko dla jednego dziecka i ma oddzielne wejście i wyjście. W takiej celce dziecko przebywa aż do ustalenia rozpoznania; następnie przenosi się je na odpowiedni oddział. Za tym pawilonem jest pawilon zapasowy, przeznaczony głównie dla leczenia błonicy i obszerny pawilon płoniczy, w którym prócz ogólnej sali są oddzielne pokoje z oddzielnemi wejściami i wyjściami, przeznaczone dla leczenia dzieci z pensyonatów męskich i żeńskich. Od ul. Żytniej wybudowano kamerę dezynfekcyjną i kaplicę, a na uboczu, wprost gmachu gospodarczego, pomieszczenie dla zwierząt doświadczalnych i mieszkanie dla stróżów.

We wszystkich pawilonach zastosowano wszelkie najnowsze urządzenia. Przedewszystkiem, po raz pierwszy u nas, wzorem francuskich szpitali dziecięcych, wprowadzono system »boksowy« — celkowy. Przy pawilonach są urządzone tarasy do wyprowadzania dzieci na powietrze przy sprzyjającej pogodzie; wewnątrz pawilonów urządzono osobne salki dla ozdrowieńców. Plantacye okalają wszystkie budynki. W pawilonach zaprowadzono centralne ogrzewanie wodne, kanalizacyę połączoną z siecią miejską, oświetlenie elektryczne i gaz, głównie do celów laboratoryjnych i sterylizacyi. Wszystkie roboty wykonano siłami miejscowemi.

Pielęgnowanie chorych w szpitalu powierzono 14 dozorczyniom świeckim. Wszystkie są wykwalifikowane w zawodzie i większość ich odbyła praktykę w szpitalach zagranicznych. Pracę pielęgniarek, zarówno dziennych, jak nocnych, zorganizowano na sposób angielski. Prócz ordynatorów szpitala i asystentów przychodnich utworzono 3 posady lekarzy miejscowych (internów), którzy mieszkają w szpitalu, nie mają prawa zajmować się praktyką lekarską na mieście i obowiązani są cały swój czas i pracę poświęcać szpitalowi. Całą administracyę poddano władzy lekarza naczelnego i jego pomocnika.

Wykończony i w powyższy sposób zorganizowany szpital fundatorka ofiarowała miastu. Do bezpośredniego zarządu szpitala powołano komitet z pośród obywateli miasta, pod przewodnictwem fundatorki szpitala, jako dożywotniej kuratorki; do komitetu tego należy także lekarz naczelny, Dr Józef Brudziński.

Na skromniejsze rozmiary, ale według podobnych nowoczesnych zasad, stanął s z p i t a l d l a d z i e c i w L u b l i n i e, dziś mający już za sobą trzechletnią prawie działalność. Lekarz naczelny tego szpitala, Dr Wacław Jasiński, ogłosił opis ogólny i pierwsze sprawozdanie w »Przeglądzie pedyatrycznym« i w osobnej broszurze, obecnie zaś wydał drugie sprawozdanie (za r. 1912). Szpital, wykończony w r. 1911, składał się z początku z dwu dużych pawilonów, stojących na placu o powierzchni 9914 łokci kw. W gmachu głównym znajdują się na parterze w jednem skrzydle ambulatoryum (złożone z 6 pokojów) i kancelarya, w drugiem — apteka, jadalnia dozorczyń i oddziałek obserwacyjny z osobnem wejściem. Między ambulatoryum, a pomieszczeniem dla stałych chorych szpitalnych niema żadnej łączności. W ambulatoryum zaraz na wstępie oddziela się przypadki, podejrzane co do choroby zakaźnej, i te dzieci dostają się do jednego z 3 pokojów izolacyjnych, inne zaś dzieci dostają się do wspólnej poczekalni i do ogólnego pokoju ordynacyjnego. Oddziałek obserwacyjny zużytkowano w pierwszym roku na pomieszczenie chorych na błonicę. Na piętrze gmachu znajduje się obszerny korytarz (20,5 × 3,2 m), służący za salę dzienną; na jego końcach duże sale, jedna na 16, druga na 12 łóżeczek, każda połączona z osobną dużą werandą; jedną z tych sal oddano dla przypadków chirurgicznych (zrazu nie miało być w szpitalu oddziału chirurgicznego), urządzając obok pokój opatrunkowy. Oprócz obu dużych sal chorych znajdują się na piętrze 2 separatki. W suterenach gmachu pomieszczono urządzenia gospodarcze, w mansardach mieszkania dozorczyń. Drugi pawilon, przeznaczony zrazu cały dla przypadków płonicy, parterowy, zawiera w środku salę ogólną na 20 łóżek, w skrzydłach, zbudowanych systemem korytarzowym, 4 separatki po 2 łóżka, salkę operacyjną, kuchenkę oddziałową, osobną salkę dla ozdrowieńców. W obu pawilonach znajdują się w odpowiedniej liczbie łazienki i t. d., w dziale gospodarczym są osobne ubikacye na kuchnię, spiżarnię, zmywalnię, jadalnię dla służby, łazienkę, pralnię, prasowalnię, suszarnię, składy bielizny i t. d.

Szpital ma zupełnie nowoczesne urządzenia, wodę z wodociągu miejskiego, kanalizacyę odprowadzoną do oczyszczalni biologicznej, obsługującej zarazem położony naprzeciw ogólny szpital św. Wincentego, sztuczną wentylacyę. Ogrzewanie odbywa się zapomocą pieców kaflowych.

Pielęgnowanie chorych powierzono Siostrom Miłosierdzia, z których 3 pracują na oddziałach z pomocą 6 służących. Personal lekarski składa się z 3 ordynatorów płatnych, z których jeden prowadzi oddział chirurgiczny, drugi zakaźny; trzecim jest lekarz naczelny. Oprócz tego pracuje w szpitalu 1 asystent ekstern. Stałego lekarza domowego szpital nie posiada.

W pierwszym roku (a raczej 9 miesiącach) udzielono w ambulatoryum szpitalnem 3786 porad 2083 dzieciom, chorych zaś stałych leczono 289. Działalność szpitala w tym czasie przedstawił lekarz naczelny w osobnem, starannie opracowanem sprawozdaniu. Równie staranne jest wydane niedawno w osobnej broszurze sprawozdanie z drugiego roku działalności (1912), w którym w ambulatoryum udzielono 5739 porad 3319 dzieciom, a chorych stałych leczono 598 przez 14396 dni. Koszt jednego dnia szpitalnego wynosił w pierwszym roku 90 kop., w drugim 82,5 kop. Opłaty, wnoszone przez chorych, pokrywały 44% wydatku dziennego.

Szybki wzrost zaufania wśród ludności i — co za tem idzie — znaczny wzrost ruchu chorych w szpitalu, wywołał już w drugim roku jego działalności konieczność zwiększenia liczby łóżek o 10 i pewnych zmian w pierwotnem przeznaczeniu pawilonów. Mianowicie musiano oddać wszystkie sale I piętra w pawilonie głównym oddziałowi chirurgicznemu, a oddział wewnętrzny pomieścić pod jednym dachem z (uszczuplonym) oddziałem płoniczym, oczywiście przecinając zupełnie połączenie między nimi. Doświadczenie dowiodło, że — zgodnie ze zdaniem Pirqueta — takie pomieszczenie w jednym gmachu przy zupełnem odcięciu obu oddziałów nie grozi niebezpieczeństwem zakażeń wewnątrzszpitalnych. (Zresztą szpital zamierza przystąpić do budowy nowego osobnego pawilonu dla płoniczych, na co już ma 10.000 rb.). Wreszcie — za fundusz rezerwowy — zakupiono pod Lublinem posiadłość celem utworzenia stacyi dla ozdrowieńców, jakiej chyba żaden jeszcze szpital dziecięcy w Polsce nie posiada.

Skoro jeszcze otwarty zostanie szpital dziecięcy fundacyi hr. Ożarowskiej w Radomiu, wówczas na polu szpitalnictwa pedyatrycznego Królestwo znacznie wyprzedzi Galicyę.

W jednym jeszcze względzie musimy Królestwu zazdrościć. Oto pochlubić się ono może tem, że p r y w a t n y m i środkami i p r y w a t n ą inicyatywą zdobywa się na doskonałe sprawozdania z całego szeregu szpitali, gdy u nas pomimo wieloletnich przedstawień Krajowej Rady zdrowia, pomimo niejednokrotnych wniosków poselskich w Sejmie, pomimo ustawicznych nawoływań prasy i opinii kół lekarskich, nie mogły się p u b l i c z n e czynniki i fundusze zdobyć na wznowienie sprawozdań szpitalnych, chociaż dziś całe szpitalnictwo galicyjskie, złączone w całość, stanowi ogromną, kilkomilionową rubrykę gospodarki sejmowej. Ścisły obraz d z i a ł a n i a naszych szpitali i należytą nad

niem kontrolę publiczną, która w tej, jak w każdej innej sprawie publicznej, jest pierwszorzędnym czynnikiem postępu, mogą dać tylko dokładne sprawozdania lekarskie. Jedynie też takie sprawozdania pozwalają dokładnie oszacować rozwój i potrzeby każdego poszczególnego szpitala, tak, jak je np. można ściśle ocenić z ukazujących się od lat kilkunastu dorocznych sprawozdań szpitala starozakonnych im. małż. Poznańskich w Łodzi. Właśnie mamy w ręku takie szczegółowo zestawione sprawozdanie tego szpitala za r. 1912, liczącego 116 łóżek stałych, (na których leczono 1736 chorych), a więc równającego się tylko średniemu szpitalowi prowincyonalnemu galicyjskiemu. U nas tymczasem nietylko ze średnich, ale nawet z większych i z obu największych stołecznych szpitali brak dokładnych sprawozdań lekarskich już od lat kilkunastu.

C.

Obchód jubileuszowy Dr Mikołaja Rejchmana.

Czterdziestolecie pracy jednego z najzasłużeńszych tegorocznych Jubilatów, Dr Mikołaja Rejchmana, obchodzono uroczyście w Warszawie 15. b. m.

Obchód rozpoczął wiceprezes Sekcyi gastrologicznej Tow. lek. warsz., Dr Józef Zawadzki, serdecznem przemówieniem i wręczył Jubilatowi pamiątkowy zeszyt »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, zawierający 15 prac naukowych członków Sekcyi.

Nastąpiły potem przemówienia od warszawskiego Towarzystwa lekarskiego (prezes Dr Pawiński), od łódzkiego Tow. lek. (Dr Maybaum), od Tow. laryngologów (Dr Srebrny), od Tow. higienicznego (Dr Bączkiewicz), od Komitetu badań raka (Dr Jaworski), od warsz. Stowarzyszenia lekarzy (Dr Wisłocki), od redakcyi »Gazety lekarskiej« (Dr Starkiewicz), od redakcyi »Medycyny i Kroniki lekarskiej« (Dr Srebrny), od dawnych asystentów (Dr Grundzach), od byłych słuchaczy (Dr K. Sierpiński), od asystentów (Dr Weinert) oraz od przyjaciół (Dr A. Sokołowski).

Odczytano piękny list Czcigodnego prof. Dr Baranowskiego, w którego klinice rozpoczynał Dr Rejchman pierwsze kroki na niwie naukowej, a następnie pisma i depesze gratulacyjne od Wszechnicy Jagiellońskiej i lwowskiej, od Tow. naukowego warszawskiego, od Tow. internistów polskich, od Tow. lekarskich galicyjskiego, krakowskiego, lwowskiego, kijowskiego, wileńskiego, dąbrowskiego, płockiego, kieleckiego, radomskiego, od redakcyi »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego« i »Nowin lekarskich« oraz od kilkuset lekarzy, pacyentów i przyjaciół Jubilata.

Dziękując za życzenia, zaznaczył Jubilat w gorących słowach, iż przewodnią myślą w ciągu długoletniej jego pracy były zasady, wyniesione ze Szkoły głównej i że główną myślą tej pracy było wysokie poszanowanie nauki polskiej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 19. XI. b. r. posiedzenie, na którem prezes poświęcił słowa wspomnienia ś. p. Dr Wilkoszowi. Na wniosek prof. Bujwida uchwalono wnieść do Prezydyum miasta pismo w sprawie czyszczenia ulic. Następnie prof. Dr Godlewski wygłosił wykład: »Nowsze wyniki badań nad podnietą rozwojową«. W dyskusyi przemawiali: prof. Rosner, Kostanecki, Cybulski, Ciechanowski i Gliński.

— Towarzystwo Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc bratnia« w Zakopanem ogłosiło sprawozdanie za r. 1912/13. Był to rok dla Towarzystwa bardzo krytyczny, gdyż z dawnego Zarządu ustąpiły osoby, na których pracy głównie opierała się instytucya: Dr Żychoń i Dr Kuczewscy. Z ich zasłużonych rąk otrzymał nowy Zarząd z Dr Dłuskim na czele instytucyę w pełnym rozkwicie, ale z ciążącym jeszcze znacznym długiem budowlanym, 83.000 kor., który tem groźniej zaciążył na Towarzystwie, że właśnie nastawał okres znanych trudności finansowych w całym kraju. Znaleźli się jednak na szczęście ludzie dobrej woli, którzy Towarzystwu pospieszyli z pomocą: pp. Grohmannowie ufundowali stypendya dla chorych, leczących się w »Domu zdrowia«, umieszczając kapitał fundacyi, 25.000 k.. na hipotece »Domu zdrowia«, a Bank krajowy mimo trudnych stosunków nie odmówił Towarzystwu poparcia i udzielił mu 45,000 kor. pożyczki. W ten sposób uratowano »Dom zdrowia« z krytycznego położenia. Niemniej potrzebuje on i nadal usilnego poparcia, gdyż wspomniana pomoc nie wystarcza jeszcze na pokrycie wszystkich zobowiązań, a wydatki na utrzymanie chorych pomimo podniesienia opłaty na 4 K dziennie i zaprowadzenia oszczędności są wobec teraźniejszej drożyzny tak znaczne, że Towarzystwo dopłaca do utrzymania chorych kwotę poważną i pracuje z deficytem 15,000 K za rok ostatni. Bilans Towarzystwa zamyka się cyfrą 241.119 K (w tem wartość nieruchomości 141.390 K), rachunek strat i zysków cyfrą 95.073 K.

Przyjęto do »Domu Zdrowia« w r. 1912/13 — 173 osoby, niestety ledwo połowę zgłaszających się, bo na więcej niema miejsca i środków, — a i z tych 173 faktycznie leczyło się w Zakładzie tylko 123, reszta — 50, czekać musi, aż się miejsce w Zakładzie uwolni. Wśród leczących się było z zaboru austryackiego 68·2%, z rosyjskiego 30·6%, z pruskiego i z Paryża 1·2%. Dwie trzecie było studentów szkół wyższych, reszta, — uczniowie szkół średnich. Ze starannego sprawozdania lekarskiego, opracowanego przez dyrektora Zakładu Dra E. Brzezińskiego i asystenta Dra W. Umiastowskiego, przytoczymy zestawienie końcowe, według którego uzyskano wyraźną poprawę i zdolność do pracy u 34·4%, poprawę i względną zdolność do pracy u 55·6% chorych; stan nie zmienił się u 6·4%, reszta przypada na pogorszenia.

Polecamy gorąco »Dom zdrowia« pamięci i poparciu lekarzy polskich.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie WP. Dr Władysławowi Zahorskiemu z Wilna za książki ofiarowane Bibliotece Towarzystwa. Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Na porządku dziennym posiedzenia Krajowej Rady zdrowia w d. 15. XI. b. r. we Lwowie znajdowały się sprawy następujące: Wydawanie kąpieli w Krynicy wyłącznie na ordynacyę lekarską, taksa leczenia dzieci w szpitalach powszechnych, podwyższenie taksy leczenia w szpitalach w Brzeżanach, Czortkowie, Gorlicach, Jaśle, Krośnie i Żółkwi.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Edward Jakimowicz, rodem z Warszawy.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. XI. do 15. XI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 1 † —), krztuśca 5 † — (— † —), ospy wietrznej —, płonicy 9 † 1 (4 † 1), odry 32 † — (— † —), duru brzusznego 3 † — (1 † —), czerwonki 1, róży 4 † 2, tężca (2 † 1), zapal. opon mózg.-rdzen. — † 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Wiceprezesem Towarzystwa naukowego warszawskiego wybrany został prof. Dr Leon Kryński.

— Otrzymujemy następującą odezwę: »Przy bibliotece Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego zbierane są w oddzielną grupę dzieła, broszury i czasopisma z działu dentystyki i stomatologii wogóle. Pożądanem byłoby, aby w tym zbiorze znalazły się wszystkie drukowane prace polskie z tej dziedziny. Uprasza się Szanownych Kolegów o łaskawe nadsyłanie swych prac (odbitek) na ręce Dra Leonarda Leszczyńskiego, Warszawa Trębacka 4. Pisma lekarskie polskie uprasza się o powtórzenie tej odezwy«.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 3. XI. do 17. XI. 1913 przypadków: ospy 7 † 2, płonicy 6 † 2. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Dr Rachela Hirsch, asystentka II kliniki lekarskiej w Berlinie, otrzymała tytuł profesorski. Jestto pierwsza lekarka, której w Niemczech nadano taki tytuł; z przyrodniczek niemieckich otrzymały go dotąd hr. Linden i Dr Lydia Rabinowitsch-Kempner.

Mianowani w nowo otwartym szpitalu dziecięcym im. Szlenkierów w Warszawie, kierowanym przez Dr J. Brudzińskiego: pomocnikiem lekarza naczelnego Dr Schoenaich, b. lekarz naczelny szpitala Anny-Maryi w Łodzi, ordynatorami: Dr W. Łapiński i T. Kopeć, pomocnikiem ordynatora Dr Łyskawiński, kierownikiem pracowni Dr K. Jonscher, asystentami Dr Bukowska, Celichowska, Przedpełska, Wiśniewski i Erlichówna, konsultantami Dr Pieniążek, Koelichen, Matuszewiczówna, Paschalisówna.

Profesorami zwyczajnymi mianowani: ginekolog prof. Pitha w czeskim uniwersytecie w Pradze, farmakolog prof. Herzig w Wiedniu.

Zmarli: Dr Aleksander Wilkosz, emer. naczelny lekarz miejski, w Krakowie w 66 r. ż.; bakteryolog prof. Trautmann w Hamburgu; chirurg prof. Reczey w Peszcie; psychiatra prof. Schuchardt w Rostocku.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 26. listopada 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Prof. Kadera: W sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Phenacodin. Dr Ernst Hellmer, Wiedeń. (Österr. Aerzte-Ztg. 1913, Nr 2). Nerwowe bóle głowy, przy których wykluczone leczenie przyczynowe, usuwa według doświadczeń autora najlepiej phenacodin. Także przy migrenie, bólach głowy na innem tle, przy nerwobólach, bólach żołądkowych i nerwowych stanach podniecenia spostrzegał H. działanie uspokajające. Stosował zwykle 1 kołaczyk, a w razie niedość wyraźnego skutku po 2—3 godzinach drugi. Ll. W.

Rok LII. Kraków, dnia 29 listopada 1913. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie »typhobacillosis« Landouzyego

napisał

Prymaryusz Dr A. Krokiewicz.

Gruźlica w postaci ostrej zwykła przebiegać klinicznie i anatomicznie jużto w postaci nacieków rozlanych zapalnych, jużto w postaci guzków rozsianych i prosówkowych. Laënnec w r. 1819 opisał pierwszy atypową postać nacieków gruźliczych, charakteryzującą się nacieczeniem tkanki miąższu płucnego i rychłem jej zserowaceniem (pneumonia caseosa), co też później zostało potwierdzone przez Villemina klasycznemi doświadczeniami przeszczepienia tejże tkanki płucnej na zwierzętach, a przez Cornila wykryciem pośród niej prątków Kocha. Sprawę gruźliczą w postaci zmian rozsianych guzkowych i prosówkowych w narządach wewnętrznych, przypominającą ze względu na przebieg kliniczny gorączkę tyfoidalną, opisał pierwszy dokładnie w r. 1865 Empis; atoli tło etyologiczne należycie ocenił dopiero Laënnec.

Oprócz ostrej formy gruźlicy Laënneca i Empisa istnieje według Landouzyego odrębny trzeci typ, t. zw. »typhobacillosis«; Landouzy opisał ją w r. 1885. W przypadkach takich mamy o s t r ą p o s t a ć g r u ź l i c y ale bez g r u z e ł k ó w, okazującą przebieg kliniczny bardzo zbliżony do duru brzusznego. (Septicemies bacillaires aigues non folliculaires et bacilloses aigues non folliculaires. Revue du med. 1908). Aczkolwiek tyfobacyloza Landouzyego okazuje klinicznie przebieg, zbliżony bardzo do zakażenia prątkiem durowym Eberth-Gaffkyego, to jednak różni się od niego, gdyż gorączka w tej postaci ostrej gruźlicy okazuje tor mniej stały i ze znaczniejszemi wahaniami, niż przy durze brzusznym; również brak charakterystycznej durowej osutki (roseola) i znaczniejszych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego stanowi cechę wyróżniającą od duru brzusznego. Toż samo oględziny pośmiertne nie stwierdzają na zwłokach zmian właściwych dla duru brzusznego, tylko zmiany, spotykane przy ostrych chorobach zakaźnych, jak: ostry obrzęk śledziony, zwyrodnienie i ogniska zapalne w narządach wewnętrznych. Przy dokładnych poszukiwaniach można jednak niekiedy wykazać nieliczne gruzełki, usadowione jużto w szczytach płuc, jużto w innych narządach. Wogóle w przypadkach zejścia śmiertelnego z powodu tyfobacylozy Landouzyego nieznaczne zmiany na stole sekcyjnym stoją w niestosunku do ciężkich objawów klinicznych, spostrzeganych za życia i przemawiają za ciężkiem zakażeniem toksycznem, wywołanem prątkami Kocha.

Landouzy wyróżnia 3 postacie kliniczne tyfobacylozy:

1) Chory umiera w ostrym okresie; oględziny pośmiertne stwierdzają tylko zmiany właściwe ostremu zakażeniu (bacillosis).

2) Chory wraca do zdrowia po przebytej tyfobacylozie, lecz ozdrowienie to jest chwilowe, gdyż po pewnym czasie gruźlica, usadawiając się w jednym z narządów wewnętrznych, rozwija się dalej i wywołuje następowo zejście śmiertelne.

3) Chory — co się rzadko wydarza — powraca zupełnie do zdrowia.

Najczęstszą formę kliniczną tyfobacylozy Landouzyego stanowi przebieg choroby dwuczasowy, t. j. najpierw przetrwanie tyfobacylozy, a następnie rozwój zwykłej gruźlicy.

Istnienie tyfobacylozy Landouzyego przez długi czas było zapoznawane i dziś stanowi jeszcze punkt sporny z powodu bardzo skąpej liczby takich przypadków chorobowych, dokładnie spostrzeganych za życia i po śmierci. Szkoła niemiecka nie uznaje tyfobacylozy Landouzyego, wśród lekarzy francuskich posiada zapatrywanie Landouzyego nielicznych zwolenników.

Z początkiem roku 1913 miałem sposobność spostrzegać klinicznie na moim oddziale przypadek chorobowy, który może poniekąd przyczynić się do wyświetlenia tej sprawy.

F. B...., prostytutka, licząca lat 17, była leczona na oddziale chorych skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza (prym. Dr Borzęcki) od 9 listopada do 22 grudnia 1912 z powodu: Sclerosis initialis ad parietem vaginae. Lymphadenitis inguinalis specifica. Lues papulosa trunci et extremitatum. — Leczenie polegało na zastosowaniu 6 wstrzykiwań podskórnych oleju szarego (40%) Neissera, w ogólnej ilości 0·56 gr. Chora opuściła szpital w dniu 22. XII, skoro zmiany kiłowe zupełnie ustąpiły. Wkrótce jednak, bo w pierwszych dniach stycznia r. 1913 zaczęła znów niedomagać i dostawać kaszlu, silnego bólu głowy, tudzież ogólnego osłabienia. Ponieważ powyższe przypady zwolna, ale z coraz to większem nasileniem się pojawiały, zgłosiła się F. B.... w dniu 24 I. b. r. na oddział

chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza. Stan jej naówczas przedstawiał się następująco:

Osoba wzrostu nizkiego, nędznie odżywiona, o wątłej budowie. Skóra śniada; na szyi widoczne »leukoderma«. Gruczoły karkowe powiększone do wielkości małych orzechów laskowych, dość twarde. Układ mięśniowy i kostny bez zmian. Klatka piersiowa prawidłowa. Dolna granica płuca prawego w linii sutkowej sięga do 6. żebra, a lewego do 4. żebra; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej do 10. dolnego żebra; ruchoma. Odgłos opukowy wszędzie jawny. Szmery oddechowe zaostrzone, skąpymi świstami pokryte. Liczba oddechów 20 na minutę. Wymiary serca prawidłowe. Uderzenie koniuszkowe serca niewidzialne i niewyczuwalne. Tony serca głuche. Tętno drobne, regularne, miękkie, 112 na minutę. Język wilgotny, lekko obłożony. Łuki podniebienne zaczerwienione. Brzuch prawidłowo wysklepiony, niebolesny. W jelitach mierna ilość gazu i kału. Łaknienie upośledzone; stolec zaparty. Wątroba prawidłowa; śledziona nieznacznie opukowo powiększona, macalna. Mocz winnożółty, czysty; c. g. 1·021; oddziałuje kwaśno, zawiera chlorki w prawidłowej ilości i ślad białka dobrze spostrzegalny. Oddawanie moczu prawidłowe. Chora bardzo apatyczna, uskarża się na silny i uporczywy ból głowy. Odruchy skórne i ścięgniste bez zmian; lekkie wysadzenie gałek ocznych; szum w uszach. Bardzo znaczne ogólne osłabienie.

Badanie na oddziale chorób wenerycznych (Prym. Dr Borzęcki) nie wykazało obecności żadnych zmian kiłowych. Również badanie uszu na klinice laryngologicznej i usznej Uniw. Jagiellońskiego (Prof. Pieniążek) dało wynik ujemny. Badanie oczu na oddziale okulistycznym szpitala św. Łazarza (Prym. Dr Witaliński) wykazało, co następuje: dno obu oczu prawidłowe; żyły przekrwione — zwłaszcza na oku prawem — i nieznacznie pokręcone; oddziaływanie źrenic na światło i zbieżność prawidłowe.

25. I. ciepłota ciała rano 37·6°, a wieczorem 38·5° C; tętno 84, regularne; silne bóle głowy i w klatce piersiowej. Odczyn Fickera zupełnie ujemny. — 26. I. rano 37·9° C: wieczorem 38° C; silne bóle głowy, bezsenność. Chorej podano wewnętrznie rozczyn anyżu amonowego (liquor ammonii anisati) i aspirynę, zastosowano okłady lodowe na głowę, a na klatce piersiowej postawiono bańki suche. — 27. I. rano 38·7° C; wieczorem 38° C; tętno 100, regularne. Ciągły silny ból głowy, bóle w nogach, bezsenność; kaszel uporczywy; stolec zaparty. Podano olej rącznikowy. — 28. I. rano 38° C; w południe 37·5° C; wieczorem 38° C; po oleju kilka wolnych stolców, żółtawo zabarwionych; zresztą stan tensam. — 29. I. rano 37·8° C; w południe 39° C; wieczorem 39° C. Tętno 100, drobne. Język suchy, obłożony; stolec zaparty; silny, ustawiczny ból głowy. Źrenice wązkie, prawie nie oddziałują ani na światło ani na zbieżność. Na skórze twarzy swędzenie i plamy rozlane czerwonawe (erythema). Z tyłu w dolnych częściach klatki piersiowej odgłos opukowy krótszy, zwłaszcza po stronie prawej; tamże szmery oddechowe pokryte licznymi świstami i furczeniami i rzężeniami drobno-bańkowemi i średnio-bańkowemi. Liczba oddechów 24. Śledziona tkliwa przy głębokim wdechu. — 30 I. Rano 38·5°; w południe 37·5° C; wieczorem 36·7° C. Zresztą stan tensam, tylko śledziona wyraźnie macalna i bolesna. Odczyn Fickera drugi raz zupełnie ujemny. Badanie krwi zmian ważniejszych nie wykazuje. Ilość krwinek białych na czczo 10200.— 31 I. Rano 39·3° C; w południe 39° C; wieczorem 39·1° C. Liczba oddechów 32; tętno 116. Stan płuc niezmieniony. Chora w nocy bardzo niespokojna, zrywa się, bredzi. Język suchy, obłożony. Silne pragnienie. Silny ból głowy. Po lawatywie jeden stolec. — 1. II. Rano 37·7° C; w południe 38·5° C; wieczorem 38° C; stan tensam. — 2 II. Rano 38·5° C; w południe 37·5° C; wieczorem 38·5° C. Liczba oddechów 32 na minutę. Uporczywy kaszel. Plwociny skąpe, śluzowo-ropne, nie zawierają prątków Kocha. W płucach stan niezmieniony. Tony serca głuche; tętno 120, miękkie, regularne. Ból głowy silny w okolicy wyrostka sutkowego prawej kości skalistej. Szum w uszach. Dwa wolne żółtawe stolce bez oleju i bez lawatywy. — 3. II. Rano 38·6° C; w południe 38·9° C; wieczorem 37·5° C. Śledziona powiększona, macalna, bolesna, zresztą stan tensam. — 4. II. Rano 37·7° C; w południe 37° C; wieczorem 38·1° C. Bezsenność, silne bóle głowy, śpiączka w dzień, a majaczenie w nocy; silny kaszel ze skąpą plwociną śluzowo-ropną; zresztą stan tensam. — 5 II. Rano 39° C; w południe 38·7° C; wieczorem 36·9° C. Liczba oddechów 28; tętno 124, drobne, miękkie, regularne. Kaszel mniejszy; w płucach mniej rzężeń. Ruchy w karku swobodne. Silny ból głowy i wzdłuż mostka. Stolec zaparty. — 6. II. Rano 37·5° C; w południe 40·2°; wieczorem 37·6° C. Chora majaczy, zrywa się; język obłożony, wilgotny. Stolce po lawatywie. Kaszel silny. Liczba oddechów 26, a tętno 120 na minutę. Noc bezsenna. — 7 II. Rano 38·6° C; w południe 37·3° C; a wieczorem 38·7° C. Tętno 110, miękkie, regularne. Silny kaszel. Plwocina skąpa, ropna, nie zawiera prątków Kocha. Stan płuc i serca niezmieniony. Leukocytoza na czczo 10800 Chora po wstrzyknięciu podskórnem pantoponu (0,02) spała. Stolec zaparty. Śledziona macalna, tkliwa. — 8. II. Rano 39·4° C; w południe 38·2° C; wieczorem 38·6° C. Chora w nocy spokojna; przez dzień senna (pantopon 0·02). Dwa stolce grochówkowate obfite. Kaszel mniejszy. Ból głowy silny. W płucach stan tensam. Tętno 120, miękkie, regularne. Język podsychający. — 9. II. Rano 38·1° C; w południe 38·4° C; wieczorem 37° C. Bezsenność, silny ból głowy, odurzenie. Tętno 120, drobne, miękkie, regularne. Nad ujściami żylnemi i tętniczemi przy pierwszych tonach podmuchy. Po stronie lewej z tyłu i w dole klatki piersiowej odgłos opukowy krótszy; tamże szmery oddechowe silnie zaostrzone i pokryte świstami i furczeniami i dość licznemi rzężeniami drobnobańkowemi. Oddawanie moczu i kału prawidłowe; jeden stolec wolny żółtawy na dobę. — 10. II. Rano 38·9° C; w południe 38·4° C; wieczorem 39·4° C. Tętno 120, miękkie, regularne. Chora w nocy bardzo niespokojna, majaczy; oddaje mocz i kał pod siebie bezwiednie; zresztą stan tensam. — 11. II. Rano 38·8° C; w południe 39·7° C; wieczorem 39·4° C. Chora w nocy spała (pantopon 0,02). Liczba oddechów 46, przyczem od czasu do czasu występuje bezdech (apnöe). Po bezdechu oddechy przyspieszone jednostajnie, bez typu właściwego objawom Cheyne-Stockesa, t. j. bez oddechów powierzchownych i zwolnionych. Z tyłu w dolnych częściach klatki piersiowej po obu stronach przytłumienie i szmery oddechowe osłabione; z głębi słychać rzężenia średniobańkowe dość liczne. Serce prawidłowych rozmiarów. Tony serca głuche. Tętno drobne, miękkie, regularne; 120. Język suchy, brzuch miernie wzdęty; brak łaknienia. Stolec po lawatywie. Śledziona macalna, lekko bolesna. Wzrok i słuch prawidłowy. Silny i ustawiczny ból głowy; odurzenie. Mocz zawiera ślad białka. — 12. II Rano 38·3° C; w południe 37·3° C; wieczorem 38·5° C. Tętno 100, regularne, dość dobrze napięte. Język suchy, pragnienie wzmożone, łaknienie upośledzone. Stolec po lawatywie. Ból w okolicy wyrostka sutkowego kości skalistej lewej. Słuch dobry; liczba oddechów 24; zresztą stan tensam. — 13. II Ciepłota ciała rano 39° C; w południe 39·1° C; wieczorem 39° C. Wysadzenie oka prawego znaczniejsze. Tętno 120. Liczba oddechów 20; oddychanie regularne, swobodne. W dolnej i tylnej części klatki piersiowej po stronie prawej odgłos opukowy krótszy; tamże szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte skąpemi rzężeniami. Plwociny skąpe, ropne. Po użyciu pantoponu noc spokojna. — 14 II. Rano 39·2° C; w południe 39° C; wieczorem 38·5° C. Tętno 100, regularne, miękkie. Liczba oddechów 44 na minutę; w płucach stan niezmieniony. Język podsychający; brzuch nieco wzdęty, tkliwy; jeden wolny stolec. Śledziona miękka i bolesna. W nocy majaczenie. Odczyn Fickera po raz trzeci zupełnie ujemny.

15. II. Rano 37·7° C.; w południe 39·5° C.; wieczorem

39·3° C. Tętno 120, drobne, miękkie. Liczba oddechów 36 na minutę. Język wilgotny, obłożony; jeden stolec wolny; silne bóle głowy. Lekka sztywność karku.

Wykonano n a k ł u c i e l ę d ź w i o w e (stwierdzono wysokie ciśnienie płynu) dla uzyskania płynu mózgowordzeniowego; równocześnie u t o c z o n o k r e w z ż y ł y środkowej lewej. Tak płyn mózgowordzeniowy, jak i krew, poddano badaniu bakteryologicznemu w pracowni mikrobiologicznej Uniw. Jagiel. (Prof. Nowak), które przedsięwziął asystent Dr Gieszczykiewicz. Badanie stwierdziło t a k w e k r w i, j a k i w p ł y n i e m ó z g o w o r d z e n i o w y m w y ł ą c z n i e t y l k o p r ą t k i k w a s o o d p o r n e K o c h a; b r a k z u p e ł n y i n n y c h b a k t e r y i.

16. II. Rano 40° C.; w południe 38·8° C.; wieczorem 37·7° C. Chora przez całą noc bardzo niespokojna; majaczy, ciągle się zrywa i krzyczy. Tętno 116, drobne, regularne, dość dobrze napięte. Liczba oddechów 26. Jeden wolny stolec; zresztą stan ten sam. — 17 II. Rano 37·8° C.; w południe 40·2° C.; wieczorem 39·6° C. Tętno 96, dość dobrze napięte, regularne. Liczba oddechów 20 na minutę. W dole i z tyłu po obu stronach klatki piersiowej — zwłaszcza po lewej — liczne drobne rzężenia, pokrywające wdech i wydech. Bezsenność; ból głowy ciągły; odurzenie. — 18. II. Rano 38·4° C.; w południe 38·1° C.; wieczorem 37·8° C. Chora w nocy bardzo niespokojna pomimo wstrzyknięcia pantoponu (0·02); doznaje silnych napadów kaszlu i wypluwa dużo pienistych, śluzowych plwocin. Dwa wolne żółte stolce; zresztą stan tensam. — 19. II. Rano 39·2° C.; w południe 39·2° C.; wieczorem 39·6° C. Tętno 120, dość dobre. Liczba oddechów 24; oddechy prawidłowe. Z tyłu i w dole klatki piersiowej, począwszy od dolnego kąta łopatki ku podstawie płuc, przytłumienia; tamże szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte licznemi rzężeniami. Sledziona macalna, w moczu ślad białka. Odczyn dwuazowy ujemny. Chora wogóle spokojniejsza; ból głowy nieco mniejszy. Jeden stolec wolny. — 20. II. Rano 39° C.; w południe 38° C.; wieczorem 39·5° C. Liczba oddechów 26, a tętno 116 na minutę. Brak zupełny łaknienia, zresztą stan tensam. — 21. II. Rano 37·5° C.; w południe 37·3° C.; wieczorem 40·8° C. Tętno drobne, miękkie, 120; liczba oddechów 30. Dwa wolne stolce. Ból głowy mniejszy; zresztą stan ten sam. — 22. II. Ciepłota ciała rano wynosiła 39·5 C, a wieczorem 38·6° C. W nocy silny napad dusznicy, przyczem liczba oddechów wynosiła 4—5 na minutę, również i tętno bardzo osłabione, stało się nitkowatem i zaledwie wyczuwalnem. Po wstrzyknięciu 5 gr. olejku kamforowego wkrótce napad ów przeminął. Chora całą noc majaczy. Rano tętno drobne, miękkie, 100; liczba oddechów 30; bardzo znaczne osłabienie; brak łaknienia; 2 wolne stolce; zresztą stan niezmieniony. — 23. II. Ciepłota ciała rano 38° C., a wieczorem 39° C. Chora przytomna, spokojniejsza. Ból głowy mniejszy. Brak zupełny łaknienia. Język wilgotny, lekko obłożony. Liczba oddechów 29, oddychanie swobodne. Na klatce piersiowej w tylnych i dolnych częściach wyraźne stłumienie od dolnego kąta łopatki do 10. żebra; tamże szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte dość licznemi rzężeniami. Kaszel mniejszy, plwocina obfita, śluzowo-ropna, nie zawiera prątków Kocha. Tętno 120, miękkie, drobne, tony serca bardzo głuche. Obrzęk policzka lewego. Mocz zawiera ślad białka. Stolec prawidłowy. W nocy nagłe zejście śmiertelne.

Rozpoznanie kliniczne ze względu na wynik badania bakteryologicznego opiewało: Meningitis basilaris tuberculosa. Processus bacillosus pulmonum et renum in luetico.

Oględziny pośmiertne, dokonane przez Prof. Dra Glińskiego w Zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w dniu 24. II b. r. wykazały, co następuje.

Rozpoznanie anatomiczne: Enteritis diphtheritica superficialis intestini crassi. Nephritis parenchymatosa acuta Bronchopneumonia dispersa loborum inferiorum pulmonis utriusque. Tumor lienis acutus. Degeneratio adiposa hepatis. Hypoplasia cordis, aortae. Myocarditis fibrosa dispersa (prob. luetica).

Budowa wątła; odżywienie średnie; skóra blada; podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta, w tkance podskórnej niema obrzęków.

Czaszka symetrycznie wysklepiona; grubość kości prawidłowa. Opona twarda łatwo oddziela się od kości, prawidłowo gruba, po stronie wewnętrznej gładka. Zatoki żylne zawierają mierną ilość wiotkich skrzepów. Opony miękkie wszędzie cienkie, gładkie, lśniące, miernie ukrwione; zresztą niezmienione; w szczególności nigdzie na nich nie stwierdzono zmian gruźliczych. Mózg zbitości prawidłowej, miernie ukrwiony. Przy bardzo szczegółowem badaniu nie okazuje żadnych zmian. Komórki mózgowe rozszerzone, wyściółka ich gładka, móżdżek, most Varola i rdzeń przedłużony zupełnie prawidłowe.

Błona śluzowa gardła, krtani, tchawicy, przełyku — blada, bez zmian. Błona śluzowa dziąseł blada, bez owrzodzeń. Tarczyca nie powiększona, makroskopowo niezmieniona. Jamy opłucne żadnej treści nieprawidłowej nie zawierają. Opłucna wogóle cienka, gładka, jedynie tylko tu i owdzie w płatach dolnych ogniskowo na małej powierzchni silniej nastrzykana, zasiana wybroczynami, przyćmiona i pokryta delikatnymi nalotami włóknika. W płatach dolnych obydwu płuc znajdują się rozsiane, dość liczne, drobne (wielkości ziarnka grochu i nieco większe) ogniska częściowo czerwone, częściowo szarawe, otoczone różowym rąbkiem, zbitsze od otoczenia, ziarniste na przekroju, bezpowietrzne, kruche, z których daje się wycisnąć nieco cieczy mętnej, bezpowietrznej; tu i owdzie w środku niektórych z tych ognisk widoczny jest przekrój drobnego oskrzela. Poza tem płuca są miernie ukrwione, w częściach przednich nawet dość blade, wszędzie prawidłowej zbitości i spoistości; miąższ ich za uciskiem zalewa się cieczą pienistą, jasną, skąpą w częściach górno-przednich, a obfitą w częściach dolnych tylnych. Błona śluzowa oskrzeli, zwłaszcza gałęzi zaopatrujących płaty dolne, jest silniej przekrwiona, pulchna, pokryta sporą ilością wydzieliny śluzowo-ropiastej (zwłaszcza w drobniejszych oskrzelach). G r u c z o ł y przy wnęce płuc lekko powiększone, dobrze ukrwione, miękkie, zawierają złogi pyłu węglowego. O g n i s k s e r o w a t y c h lub z m i a n p o d e j r z a n y c h c o d o g r u ź l i c y n i e s t w i e r d z o n o ani w gruczołach oskrzelowych, ani w szyjnych, ani okołotchawicznych i śródpiersiowych.

W worku osierdziowym łyżeczka cieczy surowiczej, jasnej. Osierdzie cienkie, gładkie, lśniące. Serce małe (mniejsze od pięści osobnika). Tętnice wieńcowe bez zmian. Pojemność i grubość mięśnia odpowiednia do wymiarów serca. Zastawki niezmienione. Na przekrojach mięśnia komórki lewej stwierdzono obecność paru drobnych, białych, twardych, zapadniętych pod powierzchnię ognisk bliznowatych. Tętnica główna wązka, o ścianach cienkich, zresztą narząd krążenia bez zmian.

Jama brzuszna żadnej nieprawidłowej treści nie zawiera. W miednicy małej dość rozległe, miernie ścisłe zrosty około macicy i części dodatkowych, przyczem macica jest pozrastana z przednią ścianą odbytnicy. Otrzewna poza zrostami wszędzie gładka, lśniąca, cienka. Śledziona miernie, lecz wyraźnie powiększona; miąższ jej ciemno-wiśniowy, miękki, kruchy; grudki wyraźne, powiększone. Nerki powiększone, bardzo wiotkie i soczyste. Torebka schodzi łatwo, powierzchnia nerek gładka; na przekroju istota korowa szeroka, wypukla się ponad powierzchnię, szarawo-żółtawo zabarwiona z kłębkami wyraźnie występującymi w postaci czerwonych punkcików; budowa pasmowa mało wyraźna. Wątroba wielkości prawidłowej, nieco wiotsza;

na przekroju budowa zrazikowa dość wyraźna, miąższ nierównomiernie żółtawo zabarwiony. Błona śluzowa jelita biodrowego nierównomiernie silniej nastrzykana, rozpulchniona, pokryta sporą ilością gęstego mętnego śluzu. Grudki odosobnione wyraźnie obrzękłe. Zmiany te jeszcze wybitniej występują w całem jelicie grubem, w którem prócz tego błona śluzowa, zwłaszcza na szczytach fałdów, pokryta jest szarymi otrębiastymi nalotami, nie dającymi się zdjąć; naloty te, bardzo obfite w odbytnicy, esicy i okrężnicy zstępującej, są mniej obfite w częściach dalszych, a bardzo nieliczne w kiszce ślepej. Treść jelita grubego jest płynna, kałowa, krwią nie podbarwiona. Macica pozrastana z otoczeniem, zresztą niezmieniona. Jajnik i jajowody pozrastane ze sobą i z otoczeniem; jajowody wyraźnie zgrubiałe (dochodzą grubości małego palca); ich ujścia brzuszne pozarastane; w świetle jest ciecz ropiasta; błona śluzowa zgrubiała, pulchna. Gruczoły krezkowe powiększone, niektóre do wielkości małych orzeszków, przekrwione, soczyste. Ognisk podejrzanych w kierunku gruźlicy nie znaleziono.

Badanie mikroskopowe wycinków płuc stwierdziło w nich obecność ognisk zapalnych włóknikowych; ognisk gruźliczych nigdzie nie stwierdzono.

(Dokończenie nastąpi).

Wegetaryanizm i jego zastosowanie w lecznictwie.

Podał

Dr Zygmunt Wachtel

asystent kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

O ile człowiek spożywa pokarm, przedstawiający więcej kaloryi, niż potrzeba do utrzymania równowagi azotowej, to nadmiar ponad potrzebne kalorye tłuszczu i węglowodanów osadza się w postaci tłuszczu w ustroju, białko bowiem w całości w ustroju się rozpada i wydziela się nerkami, nigdy zaś nadwyżka jego nie pozostaje w ustroju. O ile zaś człowiek spożywa stale pokarm, przedstawiający mniej kaloryi, to spotrzebowuje przedewszystkiem nadwyżkę tłuszczu, osadzonego w ustroju, a skoro tego już nie starczy, zaczyna spalać białko komórkowe. W każdej komórce ustrojowej odbywa się zawsze rozkład białka, a przyczyną tego jest ferment, który się w każdej komórce tworzy. Wogóle komórka ustrojowa potrafi bardzo dużo białka zapotrzebować, ale chodzi tu o tę najmniejszą ilość białka, przy której ustrój może jeszcze utrzymać się w równowadze azotowej.

Doświadczenia Voita i Constantiniego dowiodły, że człowiek zdrowy, ważący 70 kilogramów, potrzebuje do utrzymania się w równowadze azotowej przez jedną dobę 118 gramów białka; byłoby to po potrąceniu 10% na kał około 1 5 gramów na kilogram wagi ciała. Scheube, a następnie Bälz w Japonii w późniejszych swych pracach, przekonali się, że nawet człowiek ciężko fizycznie pracujący potrzebuje na dobę o wiele mniej białka, niż Voit obliczył, a dalsze doświadczenia, wykonane przez Hirschfelda, Kumagawy, Klemperera, Neumana i Chittendena dowiodły, że można utrzymać ustrój w równowadze azotowej przy znacznie mniejszej ilości białka. Według tych autorów już 0·5 gramów na kilogram wagi ciała wystarczy zupełnie do utrzymania równowagi azotowej; oczywiście są pewne wahania, zależne od chwili, w jakiej badany się znajduje. W dalszym ciągu swoich prac przekonali się ci wszyscy badacze, że tylko wtedy wystarcza ta mała ilość białka, jeżeli równocześnie do ustroju odpowiednio do zmniejszonej ilości białka wprowadzano więcej tłuszczu i węglowodanów i w ten sposób starano się po części zastąpić białko węglowodanami. Doświadczenia te wykazały również, że na krótki czas można nawet i tę ilość białka zmniejszyć bez jakiejkolwiek szkody dla ustroju.

Wiadomą jest rzeczą, że im więcej kaloryi wydaje 100 gramów pewnego pokarmu lub potrawy, tem one są pożywniejsze; doświadczalnie również stwierdzono, że im więcej pewien pokarm wytwarza ciepła, tem mniejsza jego ilość wystarcza do odżywienia, a liczba kaloryi, którą wydają wszystkie pokarmy i napoje, spożyte w ciągu doby przez dorosłego człowieka, powinna wynosić 2556. W tych może być zmieniony wzajemny stosunek liczby kaloryi, pochodzących od tłuszczów i węglowodanów, lecz nie można o wiele zmniejszyć i zastąpić liczby kaloryi, pochodzących od spożytego białka.

Przy żywieniu chorych powinniśmy się starać zbliżyć do tego, aby chory spożył na dobę ilość pokarmów o wartości 2000 do 2500 kaloryi. Jeżeli spożywa mniej, to ciężar jego spada; jeżeli zaś spożywa więcej i dobrze pokarmy trawi, to zyskuje na wadze. Pokarmy te jednak nie powinny się składać przeważnie z istot białkowych, gdyż przybytek na wadze nie zależy zupełnie od ilości wprowadzonego do ustroju białka, a każda ilość wprowadzonego białka w całości rozpada się w ustroju. Wogóle wprowadzamy do ustroju z pokarmami o wiele więcej białka, niż koniecznie nam potrzeba do utrzymania równowagi azotowej.

Po tych ogólnych uwagach z fizyologii odżywiania przystępuję do głównego punktu, a mianowicie, czy ludzie zdrowi przy swoich codziennych zajęciach mogą się utrzymać w równowadze azotowej przy dyecie wyłącznie roślinnej.

Odpowiedź w tym kierunku początkowo oparta była na praktycznych przykładach, a przykłady były tylko przez zwolenników wegetaryanizmu przytaczane, bez najmniejszego uzasadnienia naukowego. Dopiero, kiedy Teodor Hahn, jeden z najzaciętszych zwolenników wegetaryanizmu, w r. 1869 w swem dziele o wegetaryanizmie, zarzucił całemu uczonemu światu, że nauka, która zwykle odrzuca lub przyjmuje pewne zasady lub twierdzenia po zrobieniu odpowiednich doświadczeń, wegetaryanizm z góry, jako nie nadający się do roztrząsań naukowych, odrzuciła, — wtedy dopiero powstał w świecie naukowym ruch i niektórzy fizyologowie podjęli doświadczenia nad wegetaryanizmem. Jakkolwiek i dzisiaj wieleby się w tym kierunku dało jeszcze zrobić, to jednakowoż badania ostatnich kilku lat z zakresu fizyologii odżywienia przysporzyły nam niemało wiadomości, które także dla medycyny praktycznej nie są bez znaczenia. W r. 1882 przeprowadził Kramer badania nad przemianą materyi u jaroszów, ale badania jego nie mają wartości, gdyż osoby, użyte do badań, spożywały prócz roślinnych pokarmów — mleko, masło i jaja. Donioślejsze w tym kierunku były badania Hartmana (w r. 1885), który przez 224 dni spożywał tylko roślinne potrawy; ograniczył

się on do badania ciężaru własnego i przekonał się, że utrata na wadze była dość znaczna.

Dokładne badania u ludzi, którzy byli na wyłącznie roślinnej dyecie, przeprowadził dopiero Voit i jego asystent Constantinidi. Podawali oni badanym chleb Grahama, jabłka, pomarańcze, daktyle i oliwę. W tych pokarmach było na dobę 54·2 gramów białka, 22 gramów tłuszczu i 557 gramów węglowodanów, czyli 2700 kaloryi. Okazało się jednak, że wessalność tych pokarmów w przewodzie pokarmowym nie bardzo korzystnie się przedstawia, gdyż z białka spożytego 41% zostało wydalone z ustroju jako niezużyte, z tłuszczu 31%, a z węglowodanów 6%. Ta ilość białka, która została spalona w ustroju, nie wystarczała badanej osobie do utrzymania się w równowadze azotowej i osoba ta traciła dziennie 2·5 gramów z białka ustrojowego. Dalsze badania Rumpfa, Kumagawy, Klemperera, Balza, Sivena i Hirschfelda dowiodły, że wprawdzie pokarmy roślinne zawierają dostateczną ilość białka, wystarczającą do utrzymania równowagi azotowej, dalej, że białko roślinne niczem nie różni się od białka zwierzęcego (chyba tylko tem, że nie zawiera albuminoidów, które tworzą istoty klejowate), jednakowoż to białko jest trudniej dostępne, gdyż znajduje się w błonniku (cellulozie) i z tym zostaje często wydalone z kałem z ustroju. Dlatego też, choćby było w potrawie roślinnej ilościowo więcej białka, aniżeli w potrawie mięsnej, to jednakowoż kilkadziesiąt odsetek białka zostaje z ustroju wydalone bez użytku. Tem się też tłómaczy, że prawdziwi wegetaryanie, mimo, że bardzo często jedzą przez cały dzień, chodzą głodni. Aby dostateczna ilość białka została w ustroju, muszą oni spożywać o wiele większą ilość pokarmów, by ustrój utrzymać w równowadze azotowej.

Wobec tego należy się zastanowić, czy przewód pokarmowy u człowieka jest odpowiednio zbudowany, by zdołał tak wielką ilość pokarmów roślinnych dla swoich celów przerobić, by z nich odpowiednia ilość białka dostała się do ustroju. Badania w tym kierunku przeprowadzili Bunge, Hüppe i Caspari. Głównie Caspari udowodnił, że nasz przewód pokarmowy jest za krótki i ma za małą powierzchnię wchłaniającą, by mógł tak wielką ilość pokarmów odpowiednio przerobić i zużytkować.

Jednakże wegetaryanie powołują się na anatomię porównawczą i wywodzą, że człowiek, najbardziej zbliżony budową anatomiczną do małpy, ma też podobny przewód pokarmowy, przystosowany do pokarmów roślinnych.

Jeżeli porównamy uzębienie u człowieka i u małp, to rzeczywiście niema w niem wielkiej różnicy, ale o przewodzie pokarmowym nie możemy sądzić, gdyż badania w tym kierunku po dziś dzień nie są dość jasne.

Custor i Aeby wykonali odpowiednie doświadczenia nad wielkością powierzchni wchłaniającej i stosunkiem jej do wagi ciała u różnych zwierząt jakoteż u człowieka i znaleźli, że na 1 gram wagi i długości ciała, przypada centymetrów kwadratowych powierzchni jelit:

u lwa	0·24
» psa	0·26
» człowieka	0·29
» kota	0·55
» owcy	0·87
» małpy	0·91
» zająca	1·51
u królika	2·05
» morskiej świnki	2·36

i według tej tabeli starali się oznaczyć, do jakiej grupy zwierzę należy.

Według tego obliczenia możnaby człowieka zaliczyć do wszystkożernych. Niektórzy zarzucali, i zupełnie słusznie, że obliczenie to nie może być dokładne, gdyż przez długość ciała u zwierząt rozumiano długość kręgosłupa, a człowieka mierzymy wraz z kończynami. Z tej tabeli wynika, że powierzchnia wchłaniająca jelita stoi w odwrotnym stosunku do wagi i długości ciała, a więc, im zwierzę mniejsze, tem powierzchnia wchłaniająca jego jelit jest większa. Pokazało się jednak później, że i to obliczenie było błędne, gdyż, jak obecnie wiadomo, nie długość jelit i ich zewnętrzna powierzchnia stanowi o wielkości powierzchni wchłaniającej, ale wewnętrzna ściana jelit, której powierzchnia wchłaniająca zależna jest od fałdów błony śluzowej, mających ważną czynność podczas trawienia.

Wszystkie te naukowo wykonane doświadczenia doprowadziły do następującego wniosku: Białko roślinne jako takie może być pod względem wessalności postawione na równi z białkiem zwierzęcem, ale należy równocześnie o tem pamiętać, że czyste białko roślinne prawie nigdy nie dostaje się do przewodu pokarmowego, ponieważ znajduje się w roślinach, które znacznie utrudniają wessalność białka w przewodzie pokarmowym.

Nieświadomi tych zasad fizyologii odżywienia, popełniają wegetaryanie błąd, polecając chleb, który zawiera wiele ziarn niezmielonych, jako łatwo strawny, głównie dlatego, że w nim znajdują się ziarna, które mają być pomocne przy trawieniu. W rzeczywistości mają takie chleby znaczenie tylko w przewlekłych zaparciach stolca, gdzie te niezmielone ziarna pobudzają mechanicznie ruchy robaczkowe jelit i wywołują stolec, ale białko, w ziarnach zawarte, wychodzi z ustroju niezużyte. Podobnie ma się rzecz z wszystkimi pokarmami roślinnymi, które spożywamy w stanie surowym. Dlatego też nowocześni wegetaryanie nie spożywają roślin i owoców surowych, lecz przegotowane, i w ten sposób stwarzają dla ustroju łatwiejszy dostęp do białka roślinnego.

Nowsze doświadczenia dowiodły, że przy dyecie czysto roślinnej, wydalamy z kałem 4 gramy azotu, zupełnie dla ustroju straconego, przy dyecie mieszanej 1·5 grama, a przy dyecie mięsnej tracimy tylko 1 gram azotu. Już więc z czysto ekonomicznych względów nadaje się do stałego odżywienia bardziej dyeta mieszana, przy której z kałem wydalamy do 20% białka, przy dyecie natomiast czysto roślinnej tracimy czasem do 40% białka. Tem sobie też tłómaczymy, o czem już wyżej wspomniałem, że wegetaryanie cały dzień chodzą głodni.

Dalszym powodem, który przemawia przeciw czysto roślinnej dyecie u człowieka, jest to, że ustrój przy dyecie roślinnej musi spożyć znacznie większą ilość pokarmów, by utrzymać się w równowadze azotowej, aniżeli przy dyecie mieszanej. I tak obliczono na ilość przy dyecie roślinnej 350 gramów pokarmów, przy dyecie mieszanej 200—250 gramów, a przy mięsnej tylko 150 gramów. Już więc z tych powodów nie można dyety roślinnej wyżej cenić, aniżeli dyetę mieszaną, jakkolwiek w niektórych stanach chorobo-

wych, o których później wspomnę, jest dyeta roślinna bardzo cenną.

Obecnie chciałbym jeszcze przytoczyć kilka przykładów praktycznych dla objaśnienia, czy człowiek przy roślinnej dyecie może zupełnie prawidłowo żyć i pracować bez szkody dla ustroju. Przykłady, przytaczane w broszurach wegetaryańskich, a podawane przez zaciętych zwolenników wegetaryanizmu w celach reklamy, nie mają żadnej wartości. Jednakowoż w ostatnich kilkunastu latach pojawiły się dość liczne prace w tym kierunku, oparte na naukowych doświadczeniach. Według twierdzenia praktycznych wegetaryanów, mają być ludzie, będący stale na roślinnej dyecie, o wiele wytrwalsi, potrafią dłużej ciężko pracować, aniżeli ludzie na dyecie mięsnej, względnie mieszanej. Wegetaryanie opierają się na tem, że zwierzęta roślinożerne bardzo wytrwale i długo potrafią dźwigać nawet bardzo znaczne ciężary, mięsożerne natomiast prędzej się męczą i są mniej wytrwałe. Fakta te tylko napozór wydają się prawdziwe, a przy głębszem rozważeniu można się przekonać, że właściwie tak nie jest. Naprzykład koń, który potrafi długo i wytrwale ciągnąć znaczne ciężary, w rzeczywistości jednak nigdy nie udźwignie na sobie ciężaru, któryby miał wagę jego ciała; natomiast zwierzę mięsożerne, np. lew, potrafi nawet przez kilkanaście metrów nieść w paszczy zwierzę o większym ciężarze, niż on sam Wiadomą jest również rzeczą, że robotnicy, będący na mieszanej dyecie, dźwigają często na plecach ciężary o kilkadziesiąt kilogramów przekraczające wagę ich ciała, a robotnicy na dyecie czysto roślinnej są o wiele słabsi. Można to zauważyć u Hindusów, którzy są prawdziwymi wegetaryanami; pracując równocześnie z robotnikami, będącymi na mieszanej dyecie, pozostają oni zawsze z robotą w tyle i często można obserwować u robotników portowych, np. przy ładowaniu okrętów, że na to, co w pewnym czasie zrobi jeden robotnik europejski, potrzeba nieraz dziesięciu Hindusów. Przykłady, jakie często przytaczają wegetaryanie w swoich broszurach o wytrwałości i sile Chińczyków i Japończyków, (mimo, że są to wegetaryanie), są prawdziwe, ale nie można ich brać ściśle tak, jak są podawane. Naprzykład w opowiadaniu o Japończyku, który w tym samym czasie wyszedł na górę, jak koń ciągnący wózek, nie ma nic nadzwyczajnego, pod górę bowiem koń nie potrafi prędzej ciągnąć i człowiek może z łatwością nawet szybciej zajść. Dalej czyta się często, że Chińczycy, którzy odżywiają się tylko ryżem, potrafią biedz 30 kilometrów z wózkiem, w którym siedzi człowiek, ważący 70 kg. Jest niewątpliwie prawdą, że Chińczyk, w tym kierunku wyćwiczony, potrafi taką przestrzeń bez odpoczynku przebiedz, ale że Chińczycy ci niezawsze żywią się czysto roślinną dyetą, miałem sam sposobność się przekonać, gdyż widziałem, jak taki Chińczyk podczas odpoczynku zjadł nietylko przynajmniej 500 gramów ryżu, ale i całą kurę. Takich przykładów możnaby jeszcze więcej przytoczyć.

Wiadomo zresztą obecnie, że jakość pokarmów nie wpływa na siłę mięśniową i że przy pracy ustrój spala więcej węglowodanów i tłuszczów, a wydalanie azotu, który jest miarą rozpadu białka, ulega bardzo małej zmianie. Źródłem bowiem siły mięśniowej w ustroju są tłuszcze i węglowodany. Przy większej pracy spalamy o tyle więcej białka, pobranego z pokarmów, o ile jest ono konieczne do zastąpienia białka mięśniowego, które przy pracy szybciej się rozpada. Dlatego też tem bardziej podczas uciążliwej pracy nie powinno się zmniejszać ilości białka w pokarmach.

Wegetaryanie jednak tłómaczą to inaczej, wychodząc z tej zasady, że człowiek przy pracy spala głównie węglowodany i tłuszcze. Wobec tego potrzebuje człowiek — ich zdaniem — spożyć tylko bardzo małą ilość białka, wystarczającą do utrzymania go w równowadze azotowej, a rozpad białka komórkowego dopiero wtedy następuje, jeżeli w pokarmach nie ma nawet tej małej ilości białka, niczem nie dającej się zastąpić. Zapominają również wegetaryanie, że siła mięśniowa zależy nietylko od pokarmów, jakie wprowadzamy do ustroju, ale także od rozwoju samych mięśni, co jest zwykle wrodzone, a że według twierdzeń wegetaryanów białko roślinne bardziej się nadaje do pokrycia ubytku białka komórkowego, to chyba są już tylko niczem nie uzasadnione przypuszczenia.

Z drugiej strony przesadą jest powszechna wśród laików wiara, że przez wprowadzenie do ustroju większej ilości białka zwiększa się siłę mięśniową. Te poglądy doprowadziły do nadmiernego spożywania mięsa, które nietylko nie jest uzasadnione, ale jest wprost dla ustroju szkodliwe i **wiele chorób powstaje z powodu nadmiernego spożywania mięsa, a wogóle ludzie obecnie o wiele więcej jedzą, aniżeli to jest konieczne do utrzymania równowagi azotowej.** Ilość białka, obliczona przez Voita, jako konieczna do utrzymania się w równowadze azotowej, okazała się przy późniejszych badaniach za wielka (125 gramów przekracza granicę konieczności, a do utrzymania równowagi azotowej wystarcza już o 30% mniej). A że nawet i wegetaryanie przyznają, iż pewna mała ilość białka jest konieczna do utrzymania równowagi azotowej, zwłaszcza przy każdej pracy fizycznej, to dlaczegóż nie mamy użyć białka zwierzęcego, które jest łatwiej dostępne, niż roślinne.

Haig, znany angielski klinicysta i zwolennik wegetaryanizmu, stoi na tem stanowisku, że tylko roślinne pokarmy mogą wywołać silniejszą czynność mięśniową i dłużej ją utrzymać, ponieważ z powodu wolniejszego wchłaniania się tych pokarmów w przewodzie pokarmowym wszystko wolniej się spala w ustroju i siła dłużej może być utrzymana, po spożyciu natomiast mięsa z powodu szybkiego wessania wszystko prędzej przemija. Badania Voita i innych autorów rzeczywiście dowiodły, że po spożyciu mięsa bardzo szybko wydziela się azot, ale to wydzielanie azotu trwa krócej, aniżeli po potrawach roślinnych; z pracą mięśniową nie ma to jednak nic wspólnego, gdyż rozpad istot białkowatych w ustroju nie ma istotnego wpływu na pracę mięśniową.

Na podstawie wyżej przytoczonych doświadczeń i przykładów możnaby zgodzić się ze zdaniem wegetaryanów, że przy pożywieniu przeważnie roślinnem może się ustrój ludzki utrzymać w równowadze azotowej bez jakiejkolwiek szkody.

Obecnie chciałbym pokrótce przedstawić, jakie znaczenie ma dyeta wegetaryańska w niektórych chorobach. Colchi podaje w swoich pismach, że już Pytagoras polecał często chorym pożywienie roślinne. Później spotykamy w piśmiennictwie często dzieła, w których autorowie polecają pożywienie roślinne, jako bardzo skuteczne w niektórych

stanach chorobowych, a że coś w tem było prawdy, dowodzi fakt, że w nowoczesnem lecznictwie często poleca się dyetę roślinną i coraz częściej spotykamy dzieła, pisane przez lekarzy, którzy uzyskali dobre wyniki lecznicze po zastosowaniu takiej dyety.

(Dok. nast.).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Gustaw Brühl (Berlin). **Lehrbuch und Atlas der Ohrenheilkunde.** Wydanie III (Lehmann, München), 1913. (Cena 14 marek). Zdobycze ostatnich lat w zakresie badań sprawności narządu przedsionkowego, względnie schorzeń błędnika, wymagały nowego wydania znanego podręcznika Brühla, tworzącego XXIV tom ogólnego wydawnictwa Lehmanna, które cieszy się zasłużonem uznaniem. Nowe wydanie dziełka Brühla jest wydaniem zupełnie przerobionem i uzupełnionem.

Wielką zaletą książki Brühla jest to, iż zamiast obciążania literaturą, uwzględnia ona wyczerpująco patologię, podając szereg barwnych obrazów histologicznych i zmian patologicznych na tablicach. Umieszczenie tablic tuż przy odpowiednich stronnicach tekstu ułatwia bardzo uczenie się i przyczynia się do zainteresowania się tekstem. Wyposażenie książki obok licznych barwnych tablic (48), także całym szeregiem różnych obrazów i rysunków w tekscie, uznać trzeba za wyczerpujące. Na dwóch tablicach barwnych przedstawiony jest szereg obrazów wziernikowych, zbytecznie tylko nieco powiększonych, gdyż obrazy naturalnej wielkości dadzą się zupełnie dobrze przedstawić. Także i barwa obrazów, które zdjęto przy świetle gazowem Auera, nie zawsze jest dobrze trafiona. Obrazy wziernikowe w atlasie Politzera, zdjęte przy świetle dziennem, są dotychczas obrazami najprawdziwszymi, a odpowiadają też obrazom przy świetle gazowem Auera.

Obok wskazówek leczniczych w tekscie dodany na końcu zbiór przepisów lekarstw, a wreszcie alfabetyczny spis rzeczy (Schlagwortregister) czynią zadość wymaganiom, stawianym dobremu podręcznikowi. A. B.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Lexer. **Praktyczne zastosowanie wolnego przeszczepiania.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 37—38). Technika przeszczepiań jest obecnie o wiele lepsza i dlatego wyniki pewniejsze. Wyniki te zależą od kilku czynników, a mianowicie: od gatunku tkanki macierzystej i przeszczepianej, od warunków podłoża (ziarnkowanie, ropienie, krwawienie rany), od postępowania bezgnilnego i szanowania tkanki przeszczepianej. Warunki te spełniamy, operując jałowo, przeszczepiając tkanki tego samego rodzaju, unikając napięcia, szwów, tworząc cięcia płatowe, tamując skrupulatnie krwawienie i t. p. Tkanka przeszczepiona zachowuje się potem różnie: 1) albo przygaja się w całości i pozostaje nadal, 2) albo zanika i zostaje zastąpiona z czasem analogiczną tkanką z sąsiedztwa, 3) albo ulega otorbieniu, jak ciało obce, 4) albo zostaje oddzielona wśród ropienia, i to odrazu, albo też zwolna, 5) albo ulega wessaniu szybciej, zanim tkanka okoliczna zdąży ją zastąpić, 6) albo w końcu zanika powoli, a w miejscu tem występuje blizna. Nawet w razie zaniku tkanki przeszczepionej wynik końcowy może być dobry, o ile substytucya odbywa się szybciej, niż wessanie, lub równomiernie z niem. Homoplastyka, t j. przeszczepianie tkanki z drugiego osobnika tego samego gatunku, daje dobre wyniki tylko przy przeszczepianiu tkanki łącznej, tłuszczowej i kości, przyczem często występuje wspomniane wyżej otorbienie. Heteroplastyka, t. j. przeszczepianie z osobnika innego gatunku (np. ze zwierzęcia na człowieka), udaje się wyjątkowo, i to jedynie czasem z małpy na człowieka. Najlepsze zaś wyniki daje autoplastyka, zwłaszcza naskórka i skóry. i to na ubytkach świeżych; mniej już pewny wynik osiąga się przy ranach ziarnkujących. Skóra, mimo zachwalań obecnych, nie nadaje się do pokrywania ubytków błon śluzowych i w głębi ciała. Ziarninę należy dla otrzymania powierzchni gładkich ścinać nożem, a nie zeskrobywać. Po przeszczepieniu nakrywamy miejsce to opatrunkiem z gazy jodoformowej i potem zmieniamy warstwy powierzchowne, pozostawiając głębsze warstwy gazy na ranie aż do wygojenia. U pewnych osób przeszczepianie udaje się znakomicie, u drugich znów nigdy się przeszczepiona tkanka nie przyjmuje. Od czego to zależy, nie wiemy. Homoplastyka skóry udaje się jedynie z tkanki zarodkowej, może jednak z czasem i tu osiągniemy dobre wyniki. Przeszczepianie błon śluzowych autoplastyczne daje nieraz dobre wyniki. N. p. uzupełnia się błoną śluzową spojówkę, pęcherz — kiszką, cewkę moczową — wyrostkiem robaczkowym i t. p Wolne przeszczepianie tkanki tłuszczowej znalazło też rozległe zastosowanie. Uzupełniamy np. tłuszczem sutki, zapadnięcia twarzy, oczodołu, jamy kostne, wsuwamy tłuszcz między stawy, skłonne do zarastania, osłaniamy nim szwy nerwów i ścięgien, uzupełniamy ubytki opony twardej, plombujemy płuca i t. p. Mięśnie nadają się mniej do plastyki, podobnie i nerwy, natomiast niezłe wyniki osiąga się przy przeszczepianiu naczyń krwionośnych, bo choć czasem zgojenie nie jest trwałe, choć czasem tworzą się później zakrzepy, to i tak początkowy skutek wystarcza do wytworzenia się krążenia, co w wielu przypadkach, np. przy tętniakach, nowotworach zrośniętych z naczyniami dużemi, ma niezmierną wagę. Naczynia krwionośne przeszczepiamy w ubytki cewki moczowodu i przewodów żółciowych, pokrywamy niemi ubytki ścięgien i nerwów, sączkujemy niemi komory mózgowe i t. p. Ścięgna przeszczepiamy przy odpowiednich operacyach ortopedycznych, dalej w ubytki po zropieniach ścięgien, przy przykurczeniach i t. p. Powięź znalazła też szerokie zastosowanie jako materyał plastyczny. Używa się pasów, wziętych z powięzi szerokiej. Okostnej używamy do wszczepiania w przecięte sztywne stawy, do zakrywania przepuklin i okrywania szwów kostnych po złamaniach Otrzewną pokrywamy ubytki w jamie brzusznej, a także zastępujemy nią oponę twardą. Najwdzięczniejsze jednak pole dla przeszczepiania stanowią kości, gdyż wzięte świeżo z okostnej i dobrze zakryte częściami miękkiemi przyjmują się nawet homoplastycznie. Autor doszedł do tego, że przeszczepia ze skutkiem nawet całe stawy i duże kawałki kości długich Prócz tego używa się kości do wypełniania ubytków twarzy, nosa, szczęk, do zbijania kości jako sztyfty i t. p. Zachęca to też do jak najwięcej zachowawczego leczenia zdruzgotań kości. Chrząstek używamy do plastyki twarzy, nosa i palców.

Carell ma nadzieję z pomocą swego sposobu szycia naczyń dojść do tego, że przeszczepiać będzie można, nawet homoplastycznie, a może i heteroplastycznie, całe części ciała i narządy, zwłaszcza jeżeli przedtem przez odpowiednie uodpornienie białkami uda się ustrój przystosować do nowej, a obcej mu tkanki. K

Kornew. **O wolnem przeszczepianiu powięzi** (Beitr. z. klin Chir. 85 I). Powięź jest znakomitym materyałem do wolnego przeszczepiania, bo łatwo ją uzyskać i wgaja się dobrze, łącząc się ściśle z tkankami okolicznemi. Włókna elastyczne powięzi nietylko nie znikają z czasem, lecz wnikają w sąsiedztwo, a cały płat pokryty zostaje płaszczem tkanki łącznej. Powięź nadaje się zna-

komicie do plastyki opony twardej, uzupełniania powłok brzusznych, operacyi przepuklin, jako materyał do szycia i przymocowywania narządów, zastępowania ścięgien, zamykania ubytków klatki piersiowej i wzmacniania i ochrony linii szwów. K.

Perimoff. **W sprawie przeszczepiania owłosionej skóry** (Zbl. f. Chir. 1913 Nr 37). P. przeszczepił ze skutkiem w miejsce wyciętej blizny na czaszce 10 cm długi, a 5 cm szeroki płat owłosionej skóry z innego chorego. Włosy rosły w nowem miejscu znakomicie. Analogiczną operacyę wykonał swego czasu Lauenstein, ale bez skutku. K.

Burkhard. **Śródżylne wstrzykiwania sublimatu** (III Zjazd chirurgów bawarskich. Monachium, VII 1913). W rozpaczliwych przypadkach zakażenia krwi stosuje B. śródżylnie 10—15 cm rozczynu sublimatu 1 pro mille. Z 7 przypadków ciężkich udało mu się 5 w ten sposób wyratować. Tam, gdzie drobnoustrojów we krwi nie ma (toxinaemia), leczenie to zawodzi. Przy leczeniu tem wystąpić mogą objawy zatrucia, zwłaszcza biegunki, a przy sekcyi w dwóch przypadkach stwierdzono wrzody kiszek, które mogły być skutkiem zatrucia sublimatem. K.

Rost. **Który ze składników pasty bizmutowej Becka jest skuteczny?** (Münch. med. Woch 1913 Nr 41). Wiadomo, że pasta bizmutowa Becka w wielu przypadkach uporczywych przetok działa znakomicie. Na przeszkodzie w leczeniu stało jednak to, że bizmut jest trujący, starano się też zastąpić go innymi środkami. Tymczasem R. na podstawie swych badań dochodzi do wniosku, że wogóle wszelkie dodatki do pasty są zbyteczne, bo głównie działającym środkiem w tej paście, przez pobudzanie tkanki łącznej, jest... waselina, i to tak zwana amerykańska. Podobnie działa parafina, a jeszcze lepiej różne smary, natomiast im waselinę lepiej odczyszczamy (a przez to pozbawiamy owego, nieznanego nam, a skutecznego składnika), tem działa ona słabiej. T. zw. waselina niemiecka jest z tego powodu bezskuteczna, podobnie lanolina i tłuszcz wieprzowy. Kto wie, czy wogóle działanie maści, stosowanych na rany, nie polega w znacznej mierze właśnie tylko na działaniu owego ciała, zawartego w waselinie. K.

Nobel. **W sprawie nagłej śmierci przy lekkiem uśpieniu chloroformem** (85. Zjazd niem. lek. i przyrodn. Wiedeń). Na zasadzie przypadku nagłej śmierci przy lekkiem uśpieniu chloroformem u silnego młodego człowieka, któremu wstrzyknięto rozczyn adrenaliny, przestrzega N. stanowczo przed jej wstrzykiwaniami u uśpionych chloroformem. O ile adrenalina w zwykłych warunkach wywołuje przyspieszenie tętna i wzmożenie ciśnienia krwi, o tyle u uśpionego chloroformem występuje po adrenalinie zwolnienie tętna, poczem chwilowo tętno się przyspiesza i zaraz ustaje wśród objawów trzepotania się serca (Herzflimmern). K.

Dudley Buston. **O dawkowanym sposobie chloroformowania** (17. międzyn. Zjazd. Londyn 1913). D. B. osiąga obecnie znakomite uśpienia, usypiając chorych nie zwykłym sposobem, lecz swoim przyrządem, który dostarcza jedynie zamierzony procent chloroformu. Zwykle najlepsze uśpienia osiąga się przy 2%. Podobne przyrządy podali też Dubois, Pernon, Harcourt i Walles. K.

Sellheim. **Nowe drogi celem wzmocnienia niszczącego działania promieni Röntgena na głębokie nowotwory** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 41). Dążeniem naszem jest obecnie doprowadzić promienie Röntgena do tej doskonałości, aby działały na wzór radu. Zasłużył się bardzo na tem polu Dessauer, podając przyrządy, transformujące energię elektryczną głównie w twarde promienie, analogiczne do promieni γ. Trwałość i wydatność naświetlań zwiększono obecnie przez budowę odpowiednich lamp chłodzonych, szkodliwość zmniejszono przez filtry, pozostało jeszcze życzenie, by naświetlać można tuż przy nowotworze, ew. w głębi ciała, i temu też obecnie zaradził autor, wspólnie z Meyerem wynalazłszy lampę, którą można naświetlać w głębi ciała. Niedawno Bumm i Voigts podali też lampkę, którą wprowadzać można do pochwy. Jeżeli ulepszenia te pójdą dalej, to promienie Röntgena, jako tańsze i mogące znaleźć szersze zastosowanie, zastąpią pod wielu względami rad. K.

Werner. **Doświadczenia z chemiczno-fizycznymi sposobami leczenia raka** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 38). W. omawia krytycznie najnowsze sposoby nieoperacyjnego leczenia raka, które znajdują zastosowanie w »Domu samarytańskim« w Heidelbergu. Leczenie toksynami zawiodło, a tylko środek Coleya oddaje czasem usługi przy mięsakach. Piorunowanie odczyszcza tylko owrzodzenia i ułatwia zabliznianie się, ale doszczętnie nie leczy. To samo powiedzieć można o scyntyllacyi. Przegrzewanie nie może być stosowane w głębi i z odpowiedniem nasileniem, a czasem pobudza ono nowotwory do wzrostu. Podobnie elektrokaustykę da się tylko powierzchownie zastosować. Operacya t. zw. igłą Foresta wymaga wprawy i może być stosowana wtedy, gdy operujemy w zdrowem już miejscu. Wielkie natomiast nadzieje pokładamy w radyoterapii, zwłaszcza, że możemy obecnie tkanki uczulać, względnie naśladować działanie promieni zapomocą wstrzykiwań choliny, a obecnie (ze względu na to, że cholina rozpada się na trującą neurynę) borowej jej soli, t. zw. enzytolu. W głębi naświetlamy nowotwory zapomocą odpowiednich wzierników, lub otwieramy jamy ciała i wszywamy nowotwór w ranę. Obecnie stosuje się przy naświetlaniu już znacznie większe dawki, niż dawniej, przez co też i skutek bywa znacznie lepszy, nieraz równający się wyleczeniu. Wspomagamy to leczenie obecnie chemoterapią. Nietylko różne nowotwory, ale nawet części jednego nowotworu zachowują się rozmaicie względem promieni. Nawroty są oporniejsze na leczenie. K.

Schmerz. **Improwizowane przyrządy do leczenia gorącem powietrzem** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 39). Rycinami objaśnia autor łatwy, tani i prosty sposób przyrządzania dowolnych rozmiarów i kształtów przyrządów do leczenia gorącem powietrzem. Zasada prosta: szkielet, zrobiony z siatki drucianej, owija się opaskami gipsowemi, tworząc z korka, tektury i t. p. wentyle do przypływu ciepła, kominek sporządza się z blachy lub rury piecowej. Przyrząd duży, w ten sposób sporządzony, wypada na 4 korony. K.

Dreyer. **Przetaczanie krwi i wlewanie** (Ergebn. der Chir. u. Orthop. VI). Obecna technika (ew. zapomocą szwu naczyń), dozwala na wlewanie nawet krwi obcej. Wlewania rozczynów soli kuchennej oddają nieocenione usługi, o ile nie stosujemy ich za dużo. Bardzo dobre wyniki osiąga się przez stosowanie wlewań Küttnera, polegających na stosowaniu rozczynów soli kuchennej, nasyconych tlenem, przy równoczesnem ogrzewaniu ustroju i kilkugodzinnem wdychiwaniu tlenu. K.

Schloffer. **O operacyjnem leczeniu choroby Basedowa** (Prag. med. Woch. 1913, Nr 23). Operacyjne leczenie choroby Basedowa oddać może cenne usługi, zachować tu jednak trzeba pewne ostrożności. Przedewszystkiem nie należy operować chorych nigdy zaraz, lecz dopiero po leczeniu w zakładzie, polegającem na spokojnem leżeniu i wzmacnianiu ustroju. Unikać należy podawania jodu i przetworów tarczycy, nawet odkażanie jodyną, lub katgut jodowy może już zaszkodzić. Operować powinno się o ile możności w znieczuleniu miejscowem, tamować skrupulatnie krwotok, pozostawiać gruczoły przytarczyczne. Badać należy dokładnie co do obecności grasicy, nie operować spraw zbyt daleko posuniętych. S. odrzuca leczenie promieniami Röntgena, zwłaszcza, jeżeli ma się na widoku operacyę. Zwykle po operacyi z początku stan chorych się pogarsza. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Löwenstein. **Odczyn luetynowy według Noguchiego w chorobach ocznych.** (Medizinische Klinik Nr 11

1913). Hodując krętka bladego w płynie, wydobytym przy puchlinie brzusznej, w połączeniu z agarem, ogrzewał Noguchi tę hodowlę przez godzinę do 60° i zaprawiał 0,5% kwasem karbolowym. Tak przyrządzoną hodowlę krętka bladego nazwał Noguchi »luetin« i używał jej w postaci wstrzykiwań śródskórnych jako środka rozpoznawczego w kile. Dorosłym wstrzykuje się 0,07 cm³, dzieciom 0,04 cm³. W razie obecności kiły, — szczególnie dotyczy to kiły trzeciorzędnej, — występuje wybitny odczyn w postaci guzka, małego ropnia lub ewentualnie nawet miejscowej zgorzeli. Löwenstein zastosował odczyn ten w chorobach ocznych. Na 10 przypadków miąższowego zapalenia rogówki, w 8 przypadkach odczyn luetynowy był dodatni; odczyn Wassermanna był dodatni w 6 przypadkach. W 4 przypadkach cierpień metaluetycznych odczyn ten był dodatni, gdy odczyn Wassermanna był dodatni tylko w 9 przypadkach. W jednym przypadku kiły trzeciorzędnej oba odczyny były dodatnie. W. Grzywo-Dąbrowski.

Ravaut i Scheikowitch. **Wstrzykiwanie neosalwarsanu w zgęszczonym rozczynie.** (Annal. d. derm. et syphil. 1913 Z. 4). Na zasadzie doświadczeń na zwierzętach doszli autorowie do wniosku, że do wstrzykiwań śródżylnych salwarsanu użyć można bardzo małej ilości płynu, n. p. na 0,9 neosalwarsanu 10 cm³ wody. Autorowie zrobili takich wstrzykiwań 228 u 73 chorych i spostrzegali objawy odczynowe, pojawiające się bardzo regularnie. Bezpośrednio przy wstrzykiwaniu nie można spostrzedz nic nieprawidłowego; ściana żyły znosi rozczyn bardzo dobrze. Po kilku godzinach występowały objawy w postaci podniesienia ciepłoty, bóle głowy z wymiotami lub bez nich, biegunka, urobilinurya. Z reguły występowała gorączka przy kile świeżej jawnej lub utajonej po pierwszem wstrzykiwaniu, po następnych podniesienie ciepłoty było wyjątkowe. Gorączka występowała zazwyczaj w 6—10 godzin po wstrzyknięciu i znikała po paru godzinach. Późniejsze odczyny gorączkowe spotykali autorowie tylko 5 razy, przy równoczesnych objawach żołądkowo-jelitowych. Po dalszych wstrzykiwaniach można było stwierdzić w nocy ciepłotę poniżej prawidłowej, po pierwszem wstrzykiwaniu tylko bardzo rzadko. Przy dawkowaniu trzeba postępować ostrożnie w przypadkach zajęcia układu nerwowego, w których odczyn może być bardzo wybitny. W przypadkach nacieków pierwotnych można dawkę powiększać, jeżeli płyn rdzeniowy nie okazuje objawów odczynu. Jeżeli jednak w kile drugorzędnej lub późnej płyn rdzeniowy jest zmieniony, nie należy powiększać dawki przy objawach odczynowych. Częściej zatem stosować należy dawki małe, dobrze znoszone, a dopiero wtedy dawkę zwiększyć. Autorowie wstrzykują zazwyczaj najpierw 0,45, potem powiększają dawkę do 0,6, 0,75, i 0,9. Krzysztalowicz.

Strauss A. **Zgęszczone wlewania salwarsanu.** (Derm. Woch. 1913 T. 56 Z. 18). Autor zachwala powtórnie wstrzykiwania salwarsanu, szczególnie nowego (neo-salvarsan), w rozczynie 0,6—0,9 na 10 cm. wody wprost do żyły zwyczajną strzykawką »Record«. Neosalwarsan nie wywołuje wedle autora objawów ubocznych. Jako zalety tego sposobu wymienia autor: zmniejszenie się zanieczyszczenia wody w tak małej ilości, unikanie nieczystości naczyń i wężów, niestykanie się płynu z powietrzem, uproszczenie techniki wstrzykiwań, które wykonać może każdy lekarz. Krzyształowicz.

Hedén K. **Wpływ wstrzykiwań salwarsanu na krew.** (Derm. Woch. 1913 T. 56 Z. 17). Parcie krwi obniża się najczęściej, mniej lub więcej, po pierwszem wlewaniu salwarsanu, po drugiem i trzeciem jednak w niektórych przypadkach mniej, niż po pierwszem. To obniżenie parcia trwa zazwyczaj 1—2 dni. W dwóch przypadkach trwało przez cały czas leczenia. W jednym przypadku parcie było niezmienione, w dwóch wzmożone. Zmianę parcia zdaje się wywoływać sam salwarsan, a nie ilość płynu. Ilość hemoglobiny zmniejsza się nieznacznie (10%) po pierwszem wlewaniu, a jeżeli zmniejszenie to zjawiało się po 2. lub 3. wstrzykiwaniu, było jeszcze mniej wyraźne, późniejsze zaś wstrzyknięcia nie miały żadnego wpływu. Czasami ilość hemoglobina nie zmieniała się, a w trzech przypadkach, w których przed wstrzykiwaniem ilość jej była zmniejszona, stwierdzono wyraźne jej zwiększenie. Zmiany krwinek czerwonych były bardzo nieznaczne i odpowiadały zmianie w ilości hemoglobiny. Ilość krwinek białych zwiększała się mniej lub więcej 13 razy na 15 wstrzykiwań i głównie po pierwszem wstrzykiwaniu, bardzo nieznacznie zaś po 2. i 3. W jednym przypadku wystąpiła leukopenia. Ilość ciałek neutrofilnych wzmagała się po pierwszem wstrzykiwaniu, nieco mniej po następnych. Krzyształowicz.

Ullman. **Zastosowanie prawidłowej surowicy ludzkiej w leczeniu chorób skórnych.** (Archiv. f. Derm. u. S. t. 118). Zachęcony dobrymi wynikami Linzera, wstrzykiwał autor surowicę ludzi zdrowych w ilości 20—40 cm³ w różnych schorzeniach skóry, gdzie przeważającym objawem było swędzenie, jednakże nie otrzymał tych wyników, jakie Linzer opisuje. Wprawdzie w przypadkach świerzbiączki i pokrzywki można było zauważyć pewne polepszenie, jednakże o wyleczeniu mowy nie było. W innych sprawach chorobowych, jak również w pęcherzycy, autor nie spostrzegał nawet zupełnie polepszenia. Wlewania dokonywał Ul. według przepisu Linzera: krew odwłókniał zapomocą wirownicy, oddzielał surowicę od ciałek i natychmiast wstrzykiwał w żyłę łokciową lub w pośladki. H. L. Weber.

Mattissohn. **Rokowanie w wiewiórze u dzieci płci żeńskiej.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 116). Na podstawie swych doświadczeń wypowiada autor następujące

zdanie: Rokowanie co do zupełnego wyleczenia przy zapaleniu narządów moczowo-płciowych na tle wiewióra u dzieci płci żeńskiej jest »raczej« dobre, pod warunkiem, że leczenie bardzo sumienne trwać będzie około 4 -6 miesięcy, a często i dłużej. O zupełnem wyleczeniu można dopiero wtedy mówić, jeżeli dokładne badanie wydzieliny pochwy, przeprowadzane »miesiącami i latami«, nie wykaże dwoinek Neissera. Energiczne leczenie środkami przeciwgnilnymi (głównie przetworami srebra) nie jest szkodliwe i raczej bardziej wskazane, aniżeli wyczekiwanie. Zmiany w przydatkach, niepłodność i t. d. zdarzają w późniejszych latach chyba wyjątkowo. H. L. Weber.

Zomakion. **Pierwotna zmiana kiłowa na części pochwowej macicy.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 116). Pierwotną zmianę kiłową na części pochwowej macicy bardzo łatwo można przeoczyć, gdyż bardzo często nie ma ona żadnych charakterystycznych cech, lekarz odkrywa ją zwykle zupełnie przypadkowo, gdyż nie sprawia ona chorej żadnych dolegliwości, a chora udaje się do lekarza z jakiejkolwiek innej przyczyny. Celem upewnienia się w rozpoznaniu konieczne jest często wycięcie kawałeczka schorzałej tkanki i zbadanie jej drobnowidowe. H. L. Weber.

Marcus. **Spostrzeżenia kliniczne nad rokowaniem w kile wrodzonej.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 116). Na podstawie obszernego materyału klinicznego i dat statystycznych wypowiada M. następujące uwagi: Na noworodka nie wywiera żadnego widocznego wpływu ani stan matki podczas porodu, ani okres trwania u niej choroby, natomiast leczenie matki w czasie ciąży wywiera wpływ nadzwyczaj korzystny i na stan dziecka tuż po porodzie i na dalszy przebieg leczenia. Chcąc jednak osiągnąć pomyślne wyniki, musi się to leczenie w każdym przypadku przeprowadzić i trwać ono powinno lat kilka. H. L. Weber.

Cole. **W sprawie wyprysku i schorzeń skóry natury ropnej.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 116) Badania autora stwierdziły, że świeże pęcherzyki w sprawach wypryskowych są albo jałowe, albo zawierają gronkowce; w wypryskach natomiast sączących, lub liszajcowatych, znajdował autor zawsze albo tylko gronkowce, albo gronkowce zmieszane z paciorkowcami. Natomiast w wyprysku łuszczącym się paciorkowców nigdy nie wykrywano, gronkowce zaś w bardzo małej ilości. Liszajec zwyczajny uważa C. za wywołany przez paciorkowca; następowo przy liszajcu zropiałe gruczoły zawierają czyste hodowle paciorkowca. Paciorkowce, które autor spotykał w powyższych zmianach chorobowych, należały zawsze do typu paciorkowca długiego, mającego zdolność rozpuszczania hemoglobiny. Zapalenia skóry wywołane sztucznie, n. p. olejkiem krotniowym, były zawsze jałowe. H. L. Weber.

Geber. **O powstawaniu leucoderma syphiliticum.** (Archiv. f. Derm u. Syph. T. 114). G. wyraża zdanie, że w tych miejscach, gdzie występuje leucoderma syph., zawsze poprzednio odbyła się sprawa zapalna w żyłach i tkankach dokoła żył położonych; ta sprawa zapalna, chociażby gołem okiem nie dała się spostrzegać, daje się łatwo wykryć mikroskopowo. Typowy obraz odbarwienia pewnych części skóry powstaje w ten sposób, iż wskutek owej sprawy zapalnej komórki, które barwik wytwarzały, na czas dłuższy przestają być zdolne do swej czynności. H. L. Weber.

Tetsuta Ito. **Badania nad wrzodem wenerycznym i prątkiem Ducreya.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 116). Na podstawie swych badań dochodzi autor do następujących wniosków: Odczyn, wywołany przez wstrzyknięcie podskórne zawiesiny zabitego prątka Ducreya, jest swoisty i można się nim posługiwać przy rozpoznaniu różniczkowem. Leczenie taką szczepionką zapalenia gruczołów pachwinowych, powstałego z powodu wrzodu wenerycznego, daje szybkie i doskonałe wyniki. Najlepszą pożywką okazała się krew (ludzka lub królicza) odwłókniona lub też mieszanina jej z bulionem 1:2. Na tych pożywkach można wyhodować kilkadziesiąt pokoleń prątka D., jeżeli się go przeszczepia z dnia na dzień na świeże podłoże. Uodpornienia ani czynnego ani biernego zapomocą owej szczepionki nie powiodło się autorowi uzyskać. Prątek wytwarza jedynie endotoksyny. H. L. Weber.

Lipschütz. **O osobliwem owrzodzeniu narządów rodnych kobiecych (ulcus vulvae acutum).** (Archiv. f. D. u. S. T. 114). L. spostrzegał u kobiet kilka przypadków charakterystycznych owrzodzeń, które wyraźnie różniły się od owrzodzeń wenerycznych. Sprawa chorobowa rzadka, poczyna się zwykle silną gorączką i ogólnem osłabieniem, leczy się sama pod wpływem środków obojętnych. L. spostrzegał owe owrzodzenia również i u dziewcząt i sądzi, że sprawa przenosi się przez samoprzeszczepienie, a nie przez stosunek płciowy. Zmiany te wywołuje prątek barwiący się sposobem Grama, który wykryć się daje nietylko w wydzielinie owrzodzenia, ale także i w tkankach schorzałych. H. L. Weber.

Schmidt. **Objaw Ehrmanna.** (Archiv. f. D. u S. T. 114). Autor opisuje ciekawy obraz zmian u chorego kiłowego, charakteryzujący się ciemno-niebieskiemi plamami, rozgałęziającemi się na pewnych obszarach skóry. Pierwszy opisał taki przypadek Ehrmann, tylko gdy E. podał jako przyczynę owych zmian chorobowych schorzenie tętnic, to S. wykazuje zmiany zapalne w żyłach i dokoła żył. Pod wpływem leczenia przeciwkiłowego zmiany po kilku tygodniach ustępowały. H. L. Weber.

Sowade. **Hodowla krętka bladego i wyzyskanie jej w celach doświadczalnych.** (Archiv. f. D u. S. T. 114). Materyał, pobrany ze zmian kiłowych ludzkich, szczepił autor zapomocą wkłucia na skrzepłej surowicy końskiej, otrzymywał jednak zawsze hodowle mieszane, składające się z krętka bladego i prątka, który miał własność rozpuszczania podłoża. Zapomocą wymywania kanału wkłucia $70^0/_0$ alkoholem udawało się autorowi zabić owe prątki, a wtedy krętki blade (prawdopodobnie te, które przedostały się w głąb skrzepu i których alkohol nie dosięgnął) rozwijały się dalej już same. Krętki w powyższy sposób wyhodowane, które niczem nie różniły się od krętków bladych, spotykanych w zmianach kiłowych, wstrzykiwał autor zwierzętom do serca lub tętnic, wywołując u nich swoiste schorzenia. H. L. Weber.

Marcus. **Znaczenie badania płynu mózgowo-rdzeniowego przy kile.** (Archiv. f. D u. S. T. 114). Zdaniem autora badanie płynu mózgowo-rdzeniowego ma znaczenie nietylko dla rozpoznania sprawy chorobowej, ale i dla rokowania na przyszłość, w kilku przypadkach bowiem udało się autorowi na podstawie dodatniego odczynu Wassermanna, wykonanego z tymże płynem, na długi czas przed pojawieniem się pierwszych objawów chorobowych przepowiedzieć swoiste schorzenie układu nerwowego. H. L. Weber.

Polland. **Kiła bez zmiany pierwotnej.** (Archiv. f Derm. u. Syph. T. 116). Młody mężczyzna po stosunku z dziewczyną, u której stwierdzono zmiany kiłowe na wargach sromnych, zgłosił się do autora i był u niego w obserwacyi przez czas dłuższy. Pięć tygodni upłynęło bez jakichkolwiek objawów, w szóstym tygodniu obrzmienie gruczołów pachwinowych, w siódmym i ósmym tygodniu odczyn Wassermanna ujemny, w jedenastym wysypka ogólna plamista, kiłowa. Wrzodu pierwotnego przez cały ten czas autor u tego chorego doszukać się nie mógł. P. sądzi, że w tych przypadkach, gdzie rozwijają się odrazu zmiany drugorzędne bez widocznej zmiany pierwotnej (syphilis d'emblée), krętek, czy krętki blade dostają się przez skórę, w pewnem miejscu obnażoną z naskórka, wprost do naczyń limfatycznych i tworzą rodzaj zmiany pierwotnej w pierwszym gruczole limfatycznym, który na swej drodze napotykają, w którym zostają zatrzymane i gdzie zaczynają się rozwijać. W dalszym ciągu przebieg kiły jest zwyczajny. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 18. VI. 1913.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: Sonenberg.

1. Kol. Lipszyc pokazał 3-miesięczne dziecko kiłowe z **pseudoparalysis Parroti**.

2. Kol. Więckowsski: **O odczynie hemolizynowym w płynie mózgowordzeniowym.**

Treść odczytu: Odczyn hemolizynowy w płynie m.-rdz., podany przez Weila i Kafkę w 1911 r., uzasadnia się wzmożoną przepuszczalnością naczyń oponowych, wywołaną schorzeniem opon. Występuje w przebiegu porażenia postępującego i ostrych spraw zapalnych opon. Wzmożona przepuszczalność wywołuje przedostawanie się z krwi do płynu m.-rdz. dwuchwytnika dla krwinek baranich, który prawidłowo się znajduje w surowicy ludzkiej, w płynie m.-rdz. zaś tylko w minimalnych ilościach. W przebiegu ostrych zapaleń opon, obok dwuchwytnika przenika do płynu także i dopełniacz. Zwiększoną ilość tych substancyi w płynie m.-rdz wykazać można zapomocą następującego odczynu Jeśli do zawiesiny krwinek baranich (w rozczynie fizyologicznym soli), traktowanej poprzednio przez 2 godziny przy 38° płynem mózgowordzeniowym, dodamy pewną ilość dopełniacza, następuje hemoliza krwinek bez dodawania dwuchwytnika z zewnątrz. Jeśli do płynu przenika i dopełniacz, hemoliza występuje po upływie pewnego czasu przy zmieszaniu płynu z samą tylko zawiesiną krwinek. Odczyn ten ma być swoisty dla porażenia postępującego i ostrych zapaleń opon. Doświadczenia, podjęte w szpitalu Kochanowieckim z płynem mózgowordzeniowym 20 paralityków, wykazały dodatni odczyn hemolizynowy w 11 przypadkach; w 3 ujemny odczyn w płynie dał się wytłomaczyć brakiem lub małą zawartością dwuchwytnika w surowicy krwi tych chorych; wreszcze w 6 przypadkach odczyn hemolizynowy w płynie dał wynik ujemny pomimo dostatecznej zawartości dwuchwytnika w surowicy. Z 19 przypadków kontrolnych, między którymi były obok innych psychoz kiła wrodzona i kiła mózgu, ani jeden nie dał dodatniego odczynu hemolizynowego. Doświadczenia te, aczkolwiek jeszcze nieliczne, przemawiają za swoistym charakterem odczynu. Podane w ostatnich czasach przez Boasa i Ñeve przypadki występowania tego odczynu u chorych na wiąd i drugorzędną kiłę, wymagają sprawdzenia; z drugiej strony jednak może przypadki takie mogłyby być uważane za formy schorzenia, usposabiające do wystąpienia w przyszłości porażenia postępującego.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Sonenberg, Rozenblatówna i Chodźko.

a) Sonenberg, omawiając odczyn Weila i Kafki, zapytuje prelegenta, czy u osób, dotkniętych w wysokim stopniu zwapnieniem naczyń, poszukiwano w płynie mózgowordzeniowym hemolizyny?

b) Kol. Rozenblatówna pyta się prelegenta, dlaczego przed przystąpieniem do omawianego odczynu nie inaktywujemy płynu?

c) Kol. Chodźko widzi w odczynie hemolizynowym, jako metodzie różniczkowo-rozpoznawczej. — krok naprzód, ze względu na to, że dotychczasowe sposoby rozpoznawania będących w mowie chorób nie są niezawodne.

d) Prelegent zaznacza w odpowiedzi: Sonenbergowi: Z kilku badanych przez prelegenta chorych na stwardnienie tętnic mózgowych żaden nie miał dodatniego odczynu hemolizynowego, również według danych dotychczasowego piśmiennictwa wszyscy tacy chorzy oddziałują ujemnie. Kol. Rozenblatównie: Płynu nie inaktywujemy przed odczynem dlatego, że — jak to wykazały badania Roesslego i innych — w czasie inaktywowania dopełniacza zawsze i dwuchwytnik ulega pewnemu, acz niewielkiemu, osłabieniu. Ponieważ zaś odczyn polega właśnie na wykryciu w płynie m.-rdz. dwuchwytnika, nie możemy przeto czynić nic takiego, coby to zadanie nam utrudniało.

Posiedzenie z dnia 3. IX. 1913.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: Sonenberg.

Kol. A. Hejman: **Kilka uwag ogólnych co do wskazań do zabiegów operacyjnych na wyrostku sutkowym.**

Prelegent w odczycie występuje przeciwko temu, iż często operuje się wyrostek sutkowy, nie kierując się konkretnemi wskazaniami do operacyi. Widzi przyczynę takiego postępowania z jednej strony w przyjmowaniu pewnego jakiegoś objawu — za chorobę, a nie odwrotnie — choroby za zbiór określonych objawów, z drugiej zaś strony przypisuje zaniedbywanie wskazań udoskonaleniu i rozkwitowi techniki operacyjnej. Poddaje krytycznym uwagom wskazania Schmigelowa, Müllera, Rüstera, Stackego i in. i wyraża zdanie, że jedynie wskazania Tröltscha i Schwartzego powinny być nicią przewodnią dla każdego otyatry. Przytacza też wyniki, otrzymane przez Stettera, oparte na tychże wskazaniach. Mniema, że niesłusznie wykreślone zostało z zabiegów operacyjnych cięcie Wilda, które daje ogromne korzyści. Przytacza wreszcie zdanie Langenbecka o celach chirurgii nowoczesnej: »nie niszczyć, lecz zachowywać« i »szukać dróg i sposobów zapobiegania operacyom, a gdzie operacya jest niezbędną, zabezpieczyć jej wynik pomyślny«.

Posiedzenie z dnia 24. IX. 1913.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: Sonenberg.

1. Kol. Grosglik przedstawił: a) mężczyznę w wieku 55—60 lat, z uszkodzeniem na dolnej wardze; rozpoznanie — zdaniem kol. G. — waha się między: **leucoplakia buccalis, gumma syphiliticum i lichen ruber planus;** b) mężczyznę, u którego na języku rozpoznaje **gruźlicze owrzodzenia.**

2. Kol. Pański przedstawił: a) mężczyznę, w wieku lat 28, u którego przypuszcza **kilak** w zrazie potylicznym. b) kobietę, w wieku lat 53, u której przypuszcza **guz mózgu.**

3. Kol. Helman pokazał kobietę **z guzem**, najprawdopodobniej mięsakiem, w prawej **jamie nosowej.**

4. Przewodniczący wspomniał o śmierci kol. Trenknerowej-Zieleniewskiej, a obecni uczcili pamięć zmarłej przez powstanie z miejsc.

5. Kol. Rozenblatówna przeczytała rzecz p. t.: **O nowoczesnych poglądach na etyologię i seroterapię błonicy.** Na początku swego referatu prelegentka omawia współczesne poglądy na stosunek bakteryi błoniczych do rzekomobłoniczych. Wobec ostatnich badań w tej dziedzinie Bernarda Paneta oraz innych wydaje się prawdopodobnem, że lasecznik Loefflera może przechodzić w laseczniki rzekomobłonicze, oraz odwrotnie. W każdym razie krańcowo-dualistyczny pogląd na tę kwestyę, którego wyrazicielem jest np. Neusser, jest zupełnie zachwiany. W dalszym ciągu prel. dłużej się zatrzymuje nad epidemiologią błonicy, oraz nad rolą roznosicieli zarazków, przypisując im prawie wyłączne znaczenie w szerzeniu się błonicy. Przedmioty martwe natomiast, dzięki okoliczności, iż lasecznik Loefflera należy do zarazków nietrwałych, mają b niewielkie znaczenie epidemiologiczne. Z twierdzenia tego wypływa logicznie wniosek, że sposoby walki z błonicą powinny być zgoła odmienne od praktykowanych dotychczas: mianowicie należy walczyć przedewszystkiem z roznosicielami zarazka w szpitalu, szkole i t. d., nie zaś tłumić epidemię błonicy zapomocą zamykania szkół, dezynfekcyi formalinowej i t. d. Tam, gdzie jesteśmy bezsilni wobec roznosicieli, t. j. gdzie z jakichkolwiek powodów nie jesteśmy w stanie odosabniać ich, musimy nieraz uciekać się do profilaktycznego stosowania surowicy Behringa. Należy to jednak czynić jaknajrzadziej. Być może, że nasza metoda uodpornienia czynnego przeciw błonicy okaże się skuteczniejszą w walce z błonicą,

niż te środki, którymi dotychczas rozporządzaliśmy. W końcu referatu prelegentka omawia seroterapię błonicy wogóle, a przedewszystkiem zatrzymuje się szczegółowiej na 2 najnowszych metodach stosowania surowicy przeciwbłoniczej, t. j. metodzie dużych dawek, oraz sposobie śródżylnym stosowania tejże. O ile pierwsza z tych metod wydaje się na podstawie odnośnego piśmiennictwa istotnie godną uwagi, o tyle wyższość metody śródżylnej nad śródmięśniową musi być jeszcze kwestyonowaną. W każdym jednak razie nie wolno już dzisiaj stosować surowicy podskórnie.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Rosenthal, Stankiewicz, Helman, Goldenberg, Rueder, Pański, Mogilnicki, Sonenberg, Sterling, Skalski i prelegentka.

Najdłużej w dyskusyi zatrzymywano się nad pytaniem, czy istnieje uzasadniona podstawa obawiania się wstrząsu anafilaktycznego przy powtarzanem stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej (kol Rosenthal, Rueder, Mogilnicki); omawiano miejscowe stosowanie surowicy (kol. Stankiewicz), poruszono pytanie, czy praktycznie daje się przeprowadzić odosobnianie roznosicieli zarazka ze szkoły (kol. Goldenberg), wspomniano o leczeniu pobłoniczych porażeń surowicą (kol. Mogilnicki, Pański), o metodzie śródżylnego stosowania surowicy (kol. Sonenberg), omawiano sprawę badań nad mutacyą bakteryi błoniczych (kol. Sterling), przytoczono kilka dat statystycznych, odnoszących się do błonicy w Brukseli (kol. Skalski).

6 W końcu posiedzenia kol. Land-Tenenbaumowa pokazała 3 preparaty (z lecznicy kol. Druebina i Kaufmana), a mianowicie: a) guz, wielkości głowy dziecka, który leżał między więzadłami szerokiemi i nie był w żadnym związku z macicą i przydatkami. Badanie mikroskopowe stwierdziło **myo-fibro-sarcoma.** Mięsaki między więzadłowe należą do rzadkości — opisanych w literaturze jest wszystkiego 20 i kilka. Usunięto guz wraz z macicą i przydatkami. W ścianie macicy, pod błoną śluzową, wyczuwa się prócz tego mały mięśniak. b) **2 duże torbiele jajnikowe** i duży mięśniak (fibro-myoma) macicy, usunięte u jednej pacyentki. c) Preparat **ciąży zewnątrzmacicznej** (pęknięty jajowód z łożyskiem i płodem 10-tygodniowym. (Wszystkie powyższe przypadki zakończyły się wyzdrowieniem.

E. Sonenberg.

Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

Sprawozdanie z działalności od 4. VII. 1911 do 4. VII. 1912 r.

Posiedzenie z d. 4. XII 1911.

Obecnych 16 członków i 1 gość. Przewodniczący Dr Jaworowski. Sekretarz Dr B. Dziemski.

1) Kol. Modrzewski przedstawia a) 65-letniego chorego po operacyi **wyłuszczenia gruczołu krokowego** sposobem Frejera z wynikiem operacyi bardzo dobrym (chory mocz oddaje); b) chorego po operacyi **wgłobienia jelita** (długość części wgłobionej około 20 ctm.) z wynikiem operacyi dobrym; klinicznie przypadek ten zwraca tem uwagę, że nie było krwawych stolców i wogóle rozwolnień; c) przypadek operacyi **zwężenia cewki po urazie** z szybkiem wyzdrowieniem.

2) Kol. Czerwiński przedstawia a) preparat **torbieli skórzastej,** operowanej wskutek skrętu szypuły; w torbieli pasmo włosów i szczęka z dwoma zębami; b) preparat **mięśniaka macicy,** przyczem stwierdza, że mięśniaki często spotykają się z rakami macicy i powinny być usuwane całkowicie z macicą i jajnikami.

3) Kol. Dobrucki przedstawia a) preparat **torbieli skórzastej,** zawierającej tłuszcz i włosy; b) odczytuje pracę własną: **Współczesne poglądy na patologię i leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** Dyskusyę nad referatem kol. Dobruckiego odłożono do następnego zebrania.

4) Kol. prezes streszcza odezwę lekarzy gub. Nowogrodzkiej w kwestyi felczerów wojskowych. Zebrani postanowili odpowiedzieć, iż działalność felczerów wojskowych uważają za szkodliwą.

Posiedzenie z d. 4. I. 1912.

Obecnych 20 członków i 1 gość. Przewodniczący Dr Jaworowski. Sekretarz Dr B. Dziemski.

1) Kol. Dobrucki przedstawia a) preparat po **cholecystektomii,** oraz chorą, u której dokonał operacyi; pęcherzyk został całkowicie usunięty bez drenowania z cięcia Kochera; b) preparat **gruźlicy nerki** z jamami wypełnionemi ropą; c) preparat **skórzaka** (dermoid, jako żabka »ranula«), który dość łatwo dał się wyłuszczyć; d) chorą po operacyi **wola;** usunięto lewą część i węzinę: po operacyi prawa połowa znacznie się zmniejszyła.

2) Kol. Żebrowski przedstawia a) chorego po **trepanacyi lewego wyrostka sutkowego**, przyczem w komórkach wyrostka ropy nie znaleziono, tylko tkankę ziarninową, górny odcinek rany zaszyto; po kilku tygodniach wystąpiło ropne zapalenie prawego ucha środkowego, które leczono zachowawczo; b) preparat **polipa z przewodu nosowego**; polipa usunięto ze strony jamy ustnej adenotomem Goldszteina; c) **wyrośle** (adenoidy) znacznej wielkości, usunięte u dorosłego człowieka; d) preparat **raka małżowiny usznej**, usuniętego u starego człowieka; e) **martwak** $4^{1}/_{2}$ cm. długości, usunięty u małego dziecka przy trepanacyi wyrostka sutkowego.

W dyskusyi a) kol. Dobrucki utrzymuje, że polipy nosa powinno się usuwać tylko przez nos, o ile nie wychodzą z podstawy mózgu. Co do operacyi raka małżowiny usznej wyraża kol. Dobrucki zdanie, iż należy próbować leczenia zachowawczego (radium, Röntgen); o ile są zajęte sąsiednie gruczoły, radzi je wyłuszczyć. — b) Kol. Żebrowski podnosi, że u dzieci łatwiej wyjąć polipy ze strony nosowo-gardłowej, co do raka zaś małżowiny usznej, obstaje za wczesną operacyą.

3) Kol. Dobrucki zdaje sprawę z operowanego przypadku **torbieli jajnika** i **wodniaka jajowodu**.

4) Dyskusya nad odczytem kol. Dobruckiego **o zapaleniu wyrostka robaczkowego**.

a) Kol. Klarner twierdzi, że w pierwszym dniu niema nieomylnych objawów co do rozpoznania zapalenia wyrostka. — b) K. Czerwiński zaznacza, że u kobiet po zbadaniu przez pochwę zawsze można stwierdzić obecność lub brak zapalenia wyrostka, wyraża zdanie, że lekarze powinni dążyć do wczesnej operacyi dla dobra chorego, chociażby na 1000 przypadków jeden nie został właściwie rozpoznany. — c) K. Jasiński podkreśla, że dla internistów bardzo pożądanym powinien być radykalny zwrot chirurgów w kierunku operowania zapalenia wyrostka w **każdym okresie**. Rozpoznanie 3—4. dnia choroby nie ulega już zwykle wahaniom; o ile w tym okresie objawy wyraźnie się nie cofają, nawet przy łagodnym na pozór przebiegu istnieje zawsze obawa przedziurawienia. — d) Kol. Rogoziński oświadcza się za wczesną operacyą. — e) Kol. Rotkel zapytuje, czy chorego, który ma odbyć daleką drogę, można pozbawić makowca?— f) Kol. Wąsowski pyta, co ma zrobić internista u chorego, który wogóle nie chce się poddać operacyi, czy nie należy podawać makowca i morfiny. — g) Kol. Dobrucki w odpowiedzi zaznacza, że obecnie łatwo rozpoznać rozpoczynające się zapalenie wyrostka robaczkowego (defense musculaire, wymioty), nie mówiąc już o rozwiniętym przypadku. Kol. Dobrucki występuje przeciw szablonowemu podawaniu makowca i morfiny w zapaleniu wyrostka. — h) Kol. Jaworowski nie wątpi w dobry skutek wczesnego operowania, ale stwierdza, że chorzy nie zawsze zechcą zgodzić się na wczesną operacyę.

Posiedzenie z d. 5. II. 1912.

Obecnych członków 14 i 4 gości. Przewodniczący kol. Dr Jaworowski. Sekretarz Dr Dziemski.

1) Kol. Rogoziński przedstawia a) chorego po ope-

racyi **ropnia mózgowego**, b) preparaty **cystocarcinoma ovarii**, przyczem kol. Czerwiński podaje szczegóły, dotyczące wywiadów, rozpoznania i operacyi danego przypadku.

2) Kol. Jankowski przedstawia **kamień pęcherzowy**, wyjęty u chłopca 13-letniego. Pęcherz zaszyto, a w dolnym brzegu rany założono dren, szwy puściły i gojenie odbywało się »per secundam«.

W dyskusyi a) kol. Modrzewski sądzi, że przyczyną ropienia mógł być dren. — b) Co do chorego, przedstawionego przez K. Rogozińskiego, kol. Żebrowski wskazuje na ważność nakłucia próbnego dla rozpoznania ropni mózgowych. O ile ropień mózgu usznego pochodzenia jest po stronie lewej, wtedy wskutek wystąpienia afazyi rozpoznanie jest bardzo łatwe. Inaczej jest, gdy ropień mózgu usadowił się po stronie prawej; wtedy w razie przypuszczenia ropnia mózgu należy uważać strzykawkę jako główne narzędzie dyagnostyczne. Trzeba robić nakłucia w różnych kierunkach, najpierw prostopadle, potem ku przodowi, w końcu zaś dopiero ku tyłowi średniego dołu czaszkowego. Nakłuć trzeba zrobić niekiedy kilka, zanim natrafi się na ognisko ropne. — c) Kol. Borsukiewicz zapytuje, czy chory miał wymioty i czy badane było dno oka?

3) Kol. Modrzewski, referując sprawę **organizacyi zawodowej** lekarskiej na podstawie projektu organizacyi lekarzy Ziemi Radomskiej, roztrząsa następujące pytania: 1) jakie ewentualnie koła lekarskie objęłaby projektowana organizacya, 2) jak pogodzić projektowaną taksę z istniejącem prawem, określającem honorarya lekarskie, 3) jaki byłby wymiar kar za niestosowanie się do ustawy organizacyi, wreszcie odczytuje ustawę organizacyi zawodowej lekarzy Ziemi Radomskiej.

W dyskusyi a) K. Czerwiński wyraża zdanie, iż ułożeniem statutu mogłoby się zająć Tow. lekarskie lubelskie, wszelka jednak dyskusya w tej sprawie ma znaczenie akademickie, przyjęcie bowiem taksy lekarskiej według projektowanych norm jest rzeczą niemożliwą; ludzie biedni nie mogą płacić po rublu za poradę. Taksa, według mowcy, jest nawet niesprawiedliwa: służąca n. p. płaci rubla, gdy fabrykant za robotnika płaci tylko 50 kop. Wobec powyższego kol. Czerwiński proponuje sprawę organizacyi zawodowej odłożyć do czasu zaprowadzenia samorządu. — b) K. prezes zaznacza, że pod względem etycznym projekt nie stwarza nic nowego, mniema jednak, że przy zawiązywaniu organizacyi należałoby wciągnąć do obrad cały ogół lekarzy. — c) W związku z poruszoną sprawą etyki lekarskiej kol. Czerwiński proponuje przedyskutowanie na jednem z posiedzeń kodeksu deontologii lekarskiej.

Posiedzenie z d. 4. III. 1912.

Obecnych 14 członków. Przewodniczący Dr Jaworowski. Sekretarz Dr Dziemski.

1) Kol. Dobrucki przedstawia a) chorą po operacy **wola**; przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na to, iż guz dał się usunąć bardzo łatwo; b) chorą po **wycięciu wyrostka robaczkowego**, dokonanem trzy tygodnie temu; przypuszczano gruźlicę kątnicy lub gruźlicę wyrostka, wskutek czego zrobiono większe cięcie; c) chorą po operacyi **raka pętli esowatej**, rozpoznanego za pomocą rektoskopu; rak leżał w odległości 22 cm. od odbytu; operacyę wykonano 2 tygodnie temu.

2) Kol. Dziemski przedstawia chorego ze **stwardnieniem rozsianem mózgu i rdzenia**.

3) Kol. Czerwiński przedstawia a) **guz sieci pochodzenia zapalnego**; guz był wypełniony tkanką ziarninową z małą ilością płynu ropnego, w którym swobodnie leżała ość z ryby długości 4 cm.; guz ten dał powód do fałszywego rozpoznania ciąży brzusznej; b) przypadek **włókniaka** lewego **więzadła szerokiego** z objawami rwy kulszowej, które to objawy ustąpiły po usunięciu nowotworu; c) preparat guzkowego zapalenia jajowodu **(salpingitis nodosa)**.

Posiedzenie z d. 4. IV. 1912.

Obecnych 16 członków i 3 gości. Przewodniczący Dr Rotkiel. Sekretarz Dr Dziemski.

1) Kol. Dobrucki zdaje sprawę z dwu przypadków **wrzodu dwunastnicy** wyleczonych drogą chirurgiczną **(gastroenterostomia)**.

2) Kol. Żebrowski przedstawia chorą z **porażeniem nerwu twarzowego pochodzenia usznego**.

3) Kol. Czarnecki przedstawia chorego po wykonaniu **otwarcia wyrostka sutkowego**. Chory przed 6 miesiącami przeszedł lekkie zapalenie wyrostka sutkowego. Po 3 tygodniach sprawa chorobowa się skończyła, ale w okolicy wyrostka sutkowego zaczął chory odczuwać silne bóle, które uważano za neuralgiczne. Chorego pierwszy raz widział referent przed dwoma miesiącami i rozpoznał przewlekłe ropienie w wyrostku sutkowym, wobec czego wykonano otwarcie wyrostka. Znaleziono wolny martwak, który usunięto. Rana zagoiła się po 7 tygodniach, t. j. w zwykłym czasie, o ile operacyę wykonano na podstawie bezwzględnych wskazań.

4) Kol. Czerwiński przedstawia a) **kilkadziesiąt włókniaków** wielkości wiśni do wielkości jabłka, wydobytych drogą operacyi pochwowej z jamy macicy. Rozpoznawano w danym przypadku włókniaka podśluzowego na bardzo szerokiej podstawie. Po wycięciu otoczki guza okazało się, że składa się on z mnóstwa mniejszych włókniaków, które względnie łatwo dały się wyłuszczyć. Wskazaniem do operacyi były bardzo silne krwotoki. b) Następnie przedstawia kol. C. torbielowaty **wielokomorowy guz** prawego **jajnika** wielkości główki noworodka. Klinicznie miał guz cechy zło-

śliwości, wywołał szybkie wychudnięcie chorej i nagromadzenie przesięku w jamie brzusznej. Guz ten był zrosły z siecią i powierzchnią macicy; przy podwiązywaniu jajowodu i więzadła szerokiego tkanki okazały się tak kruche, że podwiązki przecinały. Makroskopowo guz ma cechy potworniaka (teratoma).

5) Kol. Kozłowski (z Ojcowa): **O odżywianiu normalnem w Zakładzie leczniczym w Ojcowie.** Dotychczas pokutuje pojęcie, że jedynie pożywienie obfitujące w białko, i to w białko pochodzenia zwierzęcego, jest prawdziwie odżywcze. Opracowane normy wskazywać miały, że ustrój zdrowy powinien odczuwać pewną szkodę, jeśli ilość spożywanego przezeń białka nie dochodzi do owych liczb. Tymczasem nowe badania, jak również spostrzeżenia nad żywieniem się jaroszów oraz całych warstw niezamożnych ludzi wskazują, że ustrój zadowala się o wiele (2—3 razy) mniejszemi ilościami białka, niż owe »normy« wskazują. Wiemy, że w zdrowym ustroju dorosłego człowieka białko nie magazynuje się, cała ilość spożyta spala się doszczętnie, a produkty rozpadu zostają z ustroju starannie usunięte. Białko pokrywa zaledwie tylko 4% ogólnego zapotrzebowania energii, 96% pokrywa się ze spożytych węglowodanów i tłuszczów. To wskazuje, iż ustrój z nadmiarem białka ma jedynie dużą pracę, polegającą na usuwaniu produktów rozpadu białka. Jestto zgoła nieprodukcyjna praca. (Mowią o tem prace profesora Bądzyńskiego i Dąbrowskiego, Gawińskiego, Czarneckiego i Kozłowskiego). Jakość produktów rozpadu białka również nie jest obojętna dla ustroju. Kwasy proteinowe są to kwasy wielowartościowe, wymagające wielkiej ilości zasad do swego zobojętnienia, a więc mogące przyczynić się do zakwaszania ustroju, a więc muszą upośledzić przemianę materyi (gdyż sprawy oksydacyjne w ustroju mogą zachodzić jedynie w środowisku o odczynie zasadowym) Doświadczenia tychże badaczów wykazały, że ilość owych kwasów proteinowych wzrasta w zależności od spożywania większej ilości białka zwierzęcego, a także przy pewnych chorobach: dur brzuszny, rak żołądka, wątroby, pewne rodzaje padaczki i t. p. Mleko i białko pochodzenia roślinnego nie zwiększa ilości kwasów proteinowych w moczu. Jakie więc pożywienie należy wybrać dla zdrowego człowieka? Wyłącznie mięsne pożywienie wywołuje liczne cierpienia; wyłącznie roślinna dyeta ma swe dobre i złe strony. Dodatnie strony jej są następujące: 1) hamuje ona rozwój bakteryi gnilnych w przewodzie pokarmowym, 2) dostarcza sporo bodźców ruchowych dla jelit, przez co one szybciej się opróżniają. 3) strawność białka roślinnego jest szybka i dokładniejsza, przez co wydziela się mniej kwasów proteinowych (niedopałków białka). Ujemne strony: 1) Przyswajanie białka roślinnego jest o 20% mniejsze niż zwierzęcego; sposób przyrządzania pożywienia odgrywa tu bardzo ważną rolę. 2) Większa objętość spożywanych pokarmów. Ponieważ przeprowadzone badania wykazały, że przy pożywieniu mieszanem usuwa się wszystkie ujemne strony pożywienia zarówno mięsnego, jak i roślinnego, przeto prelegent opracował t. zw. »normalny« typ odżywiania, który od 6 lat stosuje w Ojcowie. (Własne streszczenie).

W dyskusyi wzięli udział kol. Czerwiński, Dziemski, Jasiński, Borsukiewicz i Klarner. — a) Kol. Borsukiewicz, Jasiński, Klarner zgadzają się na to, że wogóle nadużywamy mięsa. — b) K. Dziemski z uznaniem mówi o reformie kuchni w Ojcowie, gdzie przed kilku laty odżywianie chorych nerwowych prowadzono wadliwie, zastrzega się wszakże co do celowości stosowania szablonowo odżywiania, proponowanego przez referenta. Rekonwalescent, chory w początkowym okresie gruźlicy płuc, wreszcie człowiek ciężko pracujący, nie może zadowolnić się taką ilością białka, jaka wystarcza dla chorego w Ojcowie. Ogólnie znane jest pogorszenie zdrowotności u ludu pod koniec wielkiego postu: zwiększa się ilość chorób płucnych i żołądkowych. c) K. Czerwiński krytycznie odnosi się do zasady odżywiania, opartej na rachunku kaloryi, twierdzi, iż różne warunki życiowe wymagają różnych rodzajów dyety, że sposób odżywiania leczących się w Ojcowie, którzy nie pracują, nie może być wzorem do naśladowania dla ludzi prawidłowych, a tembardziej dla ciężko pracujących, wreszcie, że tolerancya pokarmów mięsnych jest rzeczą indywidualną. — d) K. Kozłowski broni zasady szkodliwości mięsa, zarówno dla ludzi zdrowych, jak ozdrowieńców i chorych na gruźlicę, twierdząc, że u chorych na gruźlicę praca trawienia obciąża energię życiową, wreszcie podkreśla ważne znaczenie doboru pokarmów.

Posiedzenie z d. 4. V. 1912.

Obecnych 15 członków. Przewodniczy Dr Jaworowski. Sekretarz Dr Dziemski.

1) K. Płaczkiewicz przedstawił przypadek **postępującego zaniku mięśni** u chłopca 11-letniego: zanik pochodzenia mięśniowego o typie rzekomo przerostowym (dystrophia musculorum progressiva Erba).

W dyskusyi zapytuje a) kol. Cynberg, czy w danym przypadku jest odczyn zwyrodnienia. b) Kol. Płaczkiewicz odpowiada, że odczynów elektrycznych nie badał. c) Kol. Dziemski dodaje, że przerost wrzekomy mięśni bardzo rzadko daje odczyn zwyrodnienia

2) K. Czerwiński przedstawia szereg preparatów, otrzymanych drogą cięcia brzusznego: **mięsaka sieci** wielkości głowy człowieka, 2) **torbiel skórzastą** prawego **jajnika**, 3) **macicę** z **włókniakiem śródmiąższowym i jednocześnie rakowatem zwyrodnieniem** błony śluzowej trzonu, 4) macicę z olbrzymim **włókniakiem**, wychodzącym z tylnej ściany szyjki, 5) macicę ze złośliwem zwyrodnieniem błony śluzowej trzonu, wyciętą u 26-letniej panny, która od 8 lat cierpiała na stałe krwawienie z macicy, 6) macicę z **rakiem części pochwowej.**

3) K. Żebrowski przedstawia chorego z **porażeniem lewego nerwu twarzowego**, nadmieniając, iż nie zdążył zbadać chorego co do odczynu zwyrodnienia.

W dyskusyi: a) Kol. Dziemski zapytuje, czy chory nie miewa zawrotów głowy, który to objaw towarzyszy ciepieniu n. przedsionkowego: na podstawie czaszki nerw twarzowy przechodzi łącznie z nerwem słuchowym i ognisko chorobowe w tem miejscu daje ogólne objawy mózgowe.— b) K. Czarnecki zaznacza, że w każdym przypadku porażenia n. twarzowego należy przedewszystkiem stwierdzić, czy porażenie jest ośrodkowe, czy obwodowe. Porażenia ośrodkowe, t. j. nadjądrowe, charakteryzują się tem, że górna gałązka n. twarzowego nie bierze udziału w porażeniu, oraz tem, że pobudliwość elektromotoryczna pozostaje bez zmiany; natomiast cierpienie jądra n. twarzowego i pnia tegoż nerwu daje porażenie wszystkich gałęzi i wywołuje zmiany pobudliwości elektromotorycznej. — c) W odpowiedzi K. Żebrowski przeprowadza różniczkowanie danego przypadku i dochodzi do wniosku, że w danym przypadku cierpienie nosi cechy porażenia obwodowego.

4) Kol. Żebrowski: **O porażeniu nerwu twarzowego pochodzenia usznego** (z demonstracyą preparatów i rysunków).

B. Dziemski.

Wiadomości bieżące.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich rozesłała do swoich Oddziałów następującą odezwę:

»Do walki z gruźlicą, która tak znaczne czyni spustoszenia w kraju, stanęło w ostatnich czasach i nasze społeczeństwo Rola dominująca w tej walce przypaść musiała stanowi lekarskiemu, wśród którego jeszcze dawniej liczne i ofiarne jednostki a obecnie już i całe stowarzyszenia organizują skuteczną akcyę przeciw gruźlicy. By jednak akcya ta była potężniejszą i tem skuteczniejszą, winna złączyć wszystkich, a tem bardziej lekarzy do wspólnej, celów swych świadomej pracy. Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich, uznając całą doniosłość i wa-

żność sprawy, jaką jest walka z gruźlicą, w wykonaniu uchwały swego ostatniego Walnego Zgromadzenia wzywa Szanowny Oddział do organizacyi w swoim okręgu stowarzyszeń walki z gruźlicą, któreby każde z osobna i wszystkie razem planową pracę zwalczania i zapobiegania gruźlicy, w kraju zapoczątkowaną; wedle sił swoich dalej prowadziły. Dla ułatwienia organizacyi należy zwracać się do lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą (prezes prof. Dr Wiczkowski, Kościuszki 4), które udzieli z gotowością wszelkich informacyi.

Lwów, dnia 12. listopada 1913.

St. Zabłocki, gen. sekretarz. Machek, prezes.

XIX. Wiec Izb lekarskich austryackich we Lwowie trwać będzie dwa dni, a mianowicie 7. i 8. grudnia b. r., gdyż wobec zgłoszenia nowych wniosków jeden dzień okazał się na obrady niewystarczający.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 26. XI. b. r. posiedzenie wspólne z Towarzystwem technicznem. St. radca budownictwa Kłeczek wygłosił odczyt p. t. »O programie i warunkach konkursu dla regulacyi wylotu ul Wolskiej, sposobu zabudowania okolicznych miejskich gruntów, sposobu zużytkowania toru wyścigowego, oraz błoń miejskich«.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa JWP. Prymaryuszowi Drowi Fr. Murdzieńskiemu z Krakowa serdeczne podziękowanie za 200 nader cennych dzieł, ofiarowanych Bibliotece Towarzystwa.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego« zawiadamia P. T. Kolegów, że egzemplarze tańsze, bez notatników, są już wyczerpane, wobec czego zamawiać można tylko z notatnikami. Zarazem donosi, że rozesłano już wszystkim kalendarze, tak, że ci Koledzy, którzy dotąd kalendarza nie otrzymali, raczą go zareklamować w Redakcyi (św. Jana 18).

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 6. XI. przedstawiono m. i. komunikaty następujące: 1) A. Landau i M. Temkinówna: Studya nad zapaleniem nerek. Doniesienie I. 2) E. Flatau i J. Handelsman: Badania doświadczalne nad nagminnem zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych. 3) J. Skłodowski (przedstawił p. E. Flatau): Wahanie skojarzone gałek ocznych w przebiegu ogniskowego cierpienia mózgu.

— Sąd konkursowy, złożony z Drów Sokołowskiego, Dmochowskiego, Rzętkowskiego, Hewelkego i Erbricha, przyznał nagrodę 1000 franków z fundacyi Dr Alf. Sokołowskiego Dr Bolesławowi Dębińskiemu za dzieło p. t. »Dyagnoza gruźlicy«.

— Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymało w ostatnich czasach w zapisach i darach na ogólne cele Towarzystwa 8533 rb., na instytut biologiczny 302 rb., na pracownię antropologiczną 230 rb.

Łódź. Ministeryum spraw wewnętrznych w Petersburgu nie zgodziło się na projekt regestracyi zgonów, opracowany przez łódzkie Towarzystwo lekarskie. Według tego projektu miało być utworzone osobne biuro statystyczne, któreby zajmowało się tą sprawą. Obecnie Łódź jest jedynem miastem w Królestwie Polskiem, w którem niema regestracyi zgonów.

Z różnych stron. Wydział lekarski paryski uchwalił na wniosek prof. Landouzyego utworzyć osobną katedrę »higieny pierwszego dziecięctwa«, która ma być powierzona Variotowi albo Marfanowi.

— Zakład Pasteura w Paryżu obchodził 16. XI. b. r. dwudziestopięciolecie istnienia, przyczem przemawiali dyrektor zakładu Dr Roux i prezydent republiki Poincaré.

— Prof. Bechterew, znakomity uczony, twórca i prezes instytutu psychoneurologicznego w Petersburgu, nie został zatwierdzony na tem stanowisku przez ministra oświaty na nowe pięciolecie.

Redakcya otrzymała: Reis i Reisowa: Aparat Golgi-Kopscha i wtręty śródkomórkowe — przyczynek do histologii komórek nabłonkowych spojówki i mieszka jagliczego. (»Tygodnik lek.« 1913). — J. Jaworski: O rokowaniu w ciąży u kobiet chorych na gruźlicę. (»Gaz. lek.« 1913). — Sędziak: Nowotwory złośliwe w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach. (»Gaz. lek.« 1913). — Maziarski: 1) Sur la persistance des résidus fusoriaux pendant les nombreuses générations cellulaires au cours d'ovogenèse de Vespa vulgaris L. (»Archiv f. Zellforschung« 1913). — 2) Ś. p. Adam Bochenek (życiorys). (»Nowiny lek.« 1913). — Sedziak: 40-lecie działalności naukowo-lekarskiej Dr A. Sokołowskiego (»Nowiny lek.« 1913). — W. Radecki: Psychologia kojarzenia wyobrażeń. Warszawa 1913, str. 144. — Saugman: Internationales System zur Abkürzung des Lungenbefundes. — Higier: 1) Endothelioma psammosum am Boden des 3. Hirnventrikels etc. (»Neurol. Centrbl.« 1913). 2) Epileptiforme Lähmungsanfälle ohne Krampf etc. (»Zeitschr. f. d. ges. Neur.« 1913). 3) Z neurologii serca i naczyń. (»Med. i Kron. lek.« 1913). 4) Śródbłoniak — piaszczak na dnie III komory i t. d. (»Gaz. lek.« 1913). — Mikulski: Ein Beitrag zur Methodik der Aufmerksamkeitprüfung. (»Klinik f. psych. u. nerv. Krankheiten« 1913). —

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. R. IV. Zesz. XI. (Monachium 1913, J. F. Lehmann). Cena zeszytu 1·50 Mk., całego rocznika 16 Mk.

Zeszyt ten zawiera z zakresu okulistyki artykuły prof. W. Kraussa o chorobach dróg łzowych, o kile narządu wzroku i salwarsanie, o etyologii i leczeniu jaskry, a z zakresu dentystyki rozprawę prof. Diecka o rwie twarzowej, wywołanej przez schorzenia zębów. Bardzo ciekawym przyczynkiem z nowej dziedziny jest zawarty w tym zeszycie artykuł prof. Preysinga: O leczeniu chirurgicznem chorób przysadki mózgowej.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1913.

Gazeta lek. Nr 44—48.: Szmurło: Tonsillotomia czy tonsillektomia? (44). — Klein: Nowy prosty sposób barwienia krwi i tkanek zapomocą »polichromu« (44). — Hertz i Erlichówna: (dok. 44). — Pruszyński: Działalność naukowa Dr Alfreda Sokołowskiego. Spis prac jego i jego asystentów (45). — Bączkiewicz: Z kazuistyki intubacyi krtani u dzieci (45). — T. Borzęcki: W sprawie wskazań i przeciwwskazań do stosowania odmy piersiowej (45). — Budzyński: Praca fizyczna w zakładach dla chorych piersiowych (45). — Dębiński: Wartość terapeutyczna tuberkuliny i wskazania do jej stosowania (45). — Dębiński i Tuz: Próby określania gruźlicy czynnej i nieczynnej zapomocą odczynów tuberkulinowych z określeniem miana tuberkuliny (45). — Dmochowski: Patologia cellularna w obecnym okresie swego rozwoju (45). — Erbrich: O stosunku przewlekłych zapaleń migdałków do niektórych cierpień narządów wewnętrznych, jakoteż do miejscowych cierpień gardzieli i samych migdałków (45). — Gałecki: Inspekcya i palpacya klatki piersiowej w rozpoznaniu gruźlicy płucnej (45). — J. Brunner i Cz. Jakubowski: Leczenie twardzieli autowakcyną (45). — J. Jaworski: O rokowaniu w ciąży u kobiet chorych na gruźlicę i o znaczeniu dla rokowania t. zw. prawa Veita (45). — Łogucki: 1) O acetonemii. 2) O otwieraniu ropni okołomigdałkowych (45).— Sędziak: Nowotwory złośliwe w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach (45). — Szmurło: O zgorzeli zewnętrznego przewodu słuchowego (45). — Świeżyński: Przyczynek do leczenia suchot płucnych zapomocą sztucznej odmy piersiowej (45). — Tuz: Przyczynek do statystyki wysięków opłucnej i stosunek ich do gruźlicy (45). — K. Zieliński: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w uszach, w drogach oddechowych i pokarmowych (45).— K. Dąbrowski: Przypadek teratoidu gardzieli (45). — Nengebauer: Przypadek »missed labour« (46). — Urstein: Nowsze badania biologiczne i ich zastosowania w patologii (dok. 46). — Goldberg i Oczesalski: Przypadek wodowstrętu z zajęciem opon mózgowo-rdzeniowych (47—48). — Wagner: Dwa przypadki porażenia piorunem (47—48).

Medycyna i Kronika lek. Nr 45—47.: Dzisiejsi jubilaci. (Życiorysy Drów Arnsteina, Bielińskiego, Boryssowicza, Dziedzickiego, Muszalskiego, Sieragowskiego, Sobolewskiego, Sokołowskiego, Wejssla, Żery). (45) —J. Zawadzki: Życiorys M. Rejchmana (46). — Goldbaum: Wrzód dwunastnicy (46). — Grundzach: O rozpoznawaniu i leczeniu biegunek pochodzenia nerwowego (46). — Halpern: O morfologicznych własnościach krwi w moczówce cukrowej (46). — R. Hertz: O określaniu azotu niebiałkowego we krwi metodą Yvona oraz Kjeldahla (46). — Judt: Rentgenografia wątroby (46). — Justman: Przypadek samoistnego rozszerzenia dolnego odcinka esicy (46). — A. Landau i Temkinówna: Kilka uwag o pieczywie dla chorych cukrzycych (46). — Maliniak: Niezwykły przypadek gruźliczego zapalenia otrzewnej (46). — Maybaum: Stan obecny nauki o wrzodzie dwunastnicy (46). — Robin i Przywieczerski: O zgłębniko-

waniu dwunastnicy (46). — Sierpiński: Przypadek zwiśnięcia poprzecznicy z zagięciem ósemkowatem (46). — Srebrny: O oddziaływaniu chorób narządu oddechowego na przewód pokarmowy etc. (46). — Tuchendler: Przyczynek do nauki o owrzodzeniach dolnego odcinka kiszek (46). — Wejnert: W sprawie niedomogi wydzielniczej niezłośliwej żołądka (46). — J. Zawadzki: O t. zw. nieżycie śluzowobłoniastym okrężnicy (46). — Czarkowski: O stosowaniu szczepionki przeciwko płonicy (47). — Krukowski: W sprawie szczepionek przeciwpłoniczych podług Gabryszewskiego (47), — Zawadzki J.: Punkta bolesne brzucha i klatki piersiowej (dok. 47).

Tygodnik lek. Nr 44—47.: Czyżewicz: Kilka dalszych uwag w sprawie niepowściągliwych wymiotów u ciężarnych, z uwzględnieniem dzisiejszego stanowiska nauki w tym przedmiocie (44—47). — Józef Hornowski: Badania anatomo-patologiczne nad stosunkiem grasicy do gruczołów przytarczycznych i nadnerczy oraz nad zachowaniem się jej przy status lymphaticus, thymicus i thymicolymphaticus (44—46). — Gluziński: Leczenie tężca wstrzykiwaniami podskórnemi większych dawek kwasu karbolowego (45). — Czarnik: O nowszych urządzeniach w szpitalach dla dzieci (45—47). — Franke: Badania nad zachowaniem się układu nerwowego wegetatywnego w okresie miesiączkowym kobiety wraz z uwagami o związku między »wewnętrznem wydzielaniem« a miesiączką (46—47).

Nowiny lekarskie. Nr 11.: Sędziak: Czterdziestolecie działalności naukowo-lekarskiej Dr Alfreda Sokołowskiego. — Karwowski: Próby leczenia rzeżączki solami żółciowemi. — Kapuściński: Przejawy gruźlicy w zachorzeniach ocznych z uwzględnieniem dyagnozy i terapii. — Dziembowski: O rozpoznawaniu chorób stawowych.

Lekarz wileński Nr 10.: Szabad: Przypadek wrzekomomleczowej puchliny brzusznej. — Dąmbrowski: Rzadki przypadek urazu oka. — M. Br.: Historica. Apteki na Litwie.

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 4—6.: Karwacki i Zaleski: Przypadek rumienia wysiękowego wielokształtnego.

Przegląd pedyatryczny, Tom V. Zesz. 6.: S. Ł.: Dr St. Kamieński (życiorys). — Gromski: O urobilinuryi w płonicy. — Mamrot: Moczówka prosta i niedorozwój narządów płciowych.

Postęp okulist. Nr 9—10.: Wicherkiewicz: 1) Wielkie ciało obce pod spojówką gałkową. 2) Samoistne usunięcie się soczewki z oka jaskrą dotkniętego. — Noiszewski: Excavatio scleropapillaris et excavatio infundibuliformis bulbi.

Zdrowie Nr 11.: Czarkowski H.: O stosowaniu szczepionki przeciwko szkarlatynie w celach zapobiegawczych. — Hewelke: Nowe prawo o ubezpieczeniu robotników. — Fidler: Stan szpitalnictwa oraz ruch chorych w szpitalach ziemi Radomskiej.

Słowo lek. Nr. 20—21.: Helbich: Honoraryum lekarskie w kasach chorych. — Fischer: O lekarskim obowiązku donoszenia. — Grzybowski: Studenci jako robotnicy. — Zaostrzenie walki lekarzy z kasami chorych w Niemczech. — Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi (c. d.).

Nasze Zdroje Nr 23—24.: Bandrowski: O sejmową kuryę wyborczą dla zdrojowisk i uzdrowisk. — Sprawa klęski tegorocznej. — Deputacya Związku w Wiedniu. — Albinowska: O pokarmach w pracy i spoczynku. — Ashkenazy: Leczenie promieniami słońca.

Redaktor odpowiedzialny
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 3. grudnia 1913 o godz. 6 wieczór w klinice chirurgicznej.** Na porządku dziennym: Przedstawienie przypadków chorobowych z kliniki chirurgicznej.

Nadesłane.

Kursa dla lekarzy

urządzone staraniem grona prymaryuszy Szpitala powszechnego **we Lwowie** w czasie **od dnia 11. do 30. grudnia b. r.**

Grono prymaryuszy Szpitala krajowego we Lwowie, uznając wielokrotnie stwierdzoną potrzebę kursów uzupełniających dla lekarzy, powzięło myśl urządzenia takich kursów w roku bieżącym. Całość podzielono na poszczególne grupy, jak następuje:

Grupa I. Medycyna wewnętrzna, chor. układu nerwowego, choroby dzieci: 1) Prym. prof. dr. Wiczkowski: Nowsze zdobycze w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wewn. 2) Prym. dr Ziembicki Witold: a) Teorya i praktyka w nauce o wydzielaniu wewnętrznem; b) Dyagnostyka pomocnicza przy łóżku chorego (z ćwiczeniami w badaniu krwi, wysięków, wydalin i wydzielin). 3) Prym. doc. dr Orzechowski: Nowsze zdobycze w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerwowych. 4) Dr Begleiter: Ćwiczenia z zakresu rzeczoznawstwa w przypadkach nerwic urazowych. 5) Prym. dr Czarnik: Nowsze zapatrywania na etyologię i leczenie przewodu pokarmowego u osesków. 6) Dr Quest: a) O drgawkach u dzieci; b) Skaza wysiękowa, zołzy i gruźlica; c) O nadmiernem i niedostatecznem karmieniu u dzieci; d) O nowszych prądach w leczeniu płonicy.

Grupa II. Chirurgia i położnictwo: 1) Prym. prof. dr Ziembicki Grzegorz: Ćwiczenia w chirurgii nagłej. 2) Prym. prof. dr Schramm: Leczenie następstw porażenia dziecięcego. 3) Prym. prof. dr Sołowij: a) Leczenie gorączki połogowej; b) Nowsze kierunki w postępowaniu położniczem.

Grupa III. Okulistyka i otyatrya. 1) Prym. prof. dr Machek: Terapia chorób ocznych (z demonstracyami). 2) Prof. dr Bednarski: Rozpoznawanie i leczenie chorób spojówki i rogówki u dzieci. 3) Dr Toczyski: Leczenie jaglicy lekami, sposobami mechanicznymi i operacyjnymi (z przedst. chorych). 4) Dr Spalke: a) Badanie i leczenie chorób uszu z praktycznemi ćwiczeniami na chorych ambulatoryjnych; b) Narząd słuchowy w ostrych chorobach zakaźnych. 5) Dr Berlstein: Ćwiczenia praktyczne w badaniu błędnika ze wskazówkami rozpoznawczemi.

Grupa IV. Choroby skórne, weneryczne i urologia: 1) Prym. dr Lenartowicz: Bakteryologia i serologia w zastosowaniu do chorób wenerycznych. 2) Prym. dr Świątkiewicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych. 3) Dr Leńko: Zwięzłe omówienie najważniejszych działów chirurgicznej urologii z pokazami i ćwiczeniami prakt.

Grupa V. Pracownia chemiczno-bakt. i rentgenologiczna. 1) Doc. dr Hołobut: Ćwiczenia w pracowni chemiczno-bakteryol. 2) Dr Sabat: Rentgenologiczne badanie przewodu pokarmowego.

Nadto, w dniu wolnym od wykładów (niedziela 14. grudnia), odbędzie się zwiedzenie Krajowego Zakładu dla chorób zakaźnych z przedstawieniem urządzenia i materyału klinicznego (Prym. dr Arnold i dr Aleksiewicz).— Czesne za udział w kursach z prawem dowolnego wyboru wykładów i bez względu na ilość godzin wynosi kor. 30. Zgłoszenia należy nadsyłać najpóźniej do dnia 20. listopada na ręce Dyrekcyi Szpitala krajowego we Lwowie (Dyr. dr Józef Starzewski).

Rok LII. Kraków, dnia 6 grudnia 1913 Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie »typhobacillosis« Landouzyego

napisał

Prymaryusz Dr A. Krokiewicz

(Dokończenie.)

Jak z przytoczonego protokółu oględzin pośmiertnych wynika, rozpoznanie kliniczne gruźliczego zapalenia opon mózgowych i sprawy gruźliczej rozsianej pośród miąższu płucnego i nerkowego nie zostało potwierdzone na stole sekcyjnym. A przecież rozpoznanie kliniczne nie mogło opiewać inaczej w danym przypadku wobec stwierdzenia we krwi krążącej i w płynie mózgowo-rdzeniowym licznych prątków kwasoodpornych, barwiących się metodą Ziehl-Neelsena, jak również wobec wykazania wziernikiem ocznym przekrwienia i nieznacznego pokręcenia żył na obu oczach, zwłaszcza na oku prawem. Oględziny pośmiertne wykazały cechy, właściwe zakażeniu ostremu ustroju, jak: ostry obrzęk śledziony, przekrwienie i ogniska zapalne w dolnych częściach płuc, zwyrodnienie narządów wewnętrznych obok zmian w jelitach, zwłaszcza w jelicie grubem, w postaci nalotów powierzchownych otrębiastych na błonie śluzowej. Ognisk gruźliczych nigdzie nie znaleziono pomimo dokładnego badania makroskopowego i mikroskopowego narządów.

Przebieg kliniczny był bardzo zbliżony do duru brzusznego. Chora uskarżała się przez cały czas pobytu w szpitalu na silny i uporczywy ból głowy i bezsenność, zrywała się w nocy i bredziła. Gorączka przez cały czas spostrzegania klinicznego była wysoka, dochodziła do 40° C i wyżej i okazywała tor atypowy, przyczem nieraz najwyższe jej nasilenie przypadało na południe lub rano, natomiast pod wieczór ciepłota ciała przeważnie była nieznacznie podniesiona lub prawidłowa. Od czasu do czasu suchy kaszel napadowy, później wilgotny z wydzieliną śluzoworopną; w płucach rozsiane zmiany ogniskowe, zwłaszcza w dolnych i tylnych częściach. Liczba oddechów na minutę wahała się od 26—46, przyczem niekiedy występowały znaczne zaburzenia w oddychaniu, a mianowicie nagły bezdech, połączony z zapadem, różny od objawu Cheyne-Stockesa, gdyż bez powierzchownych i płytkich oddechów z początku i przy końcu napadu. W plwocinach pomimo wielokrotnego badania nie stwierdzono nigdy prątków Kocha. Tętno zawsze drobne, regularne, miękkie, 120 na minutę; wymiary serca prawidłowe, tony głuche.

Brzuch miernie wzdęty, za uciskiem tkliwy; na skórze brzucha brak różyczki, a natomiast zauważono od czasu do czasu pojawianie się rumienia i skłonność do pokrzywek. Język jużto suchy, jużto wilgotny i obłożony. Stolec przeważnie zaparty, rzadko wolny, brunatno-zielony lub brunatno-żółty. Okolica wątroby tkliwa; śledziony — bolesna za uciskiem. Mocz zmian ważniejszych początkowo nie okazywał, później zawierał spory ślad białka. Odczyn dwuazowy Ehrlicha ujemny. Krew bez zmian; leukocytoza wynosiła 10.200. We krwi jak i w płynie mózgowo-rdzeniowym liczne prątki kwasoodporne, barwiące się metodą Ziehl-Neelsena. Badanie kilkakrotne co do odczynu Fickera dawało zawsze wynik zupełnie ujemny.

Wynik badania bakteryologicznego, dokonanego w Zakładzie mikrobiologii Uniw. Jagiel. przez asystenta Dra Gieszczykiewicza, był następujący:

»Badanie krwi i płynu mózgowordzeniowego chorej B... zostało przedsięwzięte w lutym. Posługiwano się w tym celu zarówno preparatami barwionymi, jak hodowlami i doświadczeniami na zwierzętach. Celem zbadania większej ilości krwi na preparatach zastosowano metodę Stäublego, względnie Schnittera, t. j. 1—2 cm^3 krwi, zebranej do probówki, zawierającej 1% rozczyn cytrynianu sodowego (dla powstrzymania krzepnięcia), rozpuszczono zapomocą kwasu octowego i odwirowano. W osadzie pośród zachowanych ciałek białych znajdowały się liczne prątki kwasoodporne, ułożone w grupach po kilkanaście i więcej, rzadziej po kilka, a jeszcze rzadziej pojedynczo; barwiły się wyraźnie metodą Ziehl-Neelsena na czerwono. Grupy składały się przeważnie z prątków krótkich, jednolicie zabarwionych; tu i owdzie występowały prątki dłuższe, niektóre o budowie ziarnistej. Prątki te znajdowano również po rozpuszczeniu osadu antyforminą (według Schnittera).

W kilka dni później badano płyn mózgowo-rdzeniowy tej samej chorej i znaleziono w osadzie po odwirowaniu również prątki kwasoodporne, ułożone podobnie jak we krwi, z tą tylko różnicą, że można było napotkać znacznie więcej form długich.

Hodowle z krwi założono w ten sposób, że kilkanaście cm^3 krwi, otrzymanej przez nakłucie żyły środkowej, rozdzielono bezpośrednio na kilka kolbek z wyjałowionym bulionem, mniej więcej w stosunku 3 cm^3 krwi na 50 cm^3 bulionu. Pożywki zaszczepione krwią były zrazu jałowe; po kilku tygodniach dostrzeżono w nich rozrzucone, nie-

zbyt liczne prątki kwasoodporne, podobne zupełnie do powyżej opisanych. W ciągu kilku tygodni ilość ich zwiększyła się nieco; jednak do otrzymania widocznej gołem okiem hodowli nie doszło. Usiłowania przeszczepienia hodowli na pożywki, używane do hodowania jadu gruźliczego (agar, ziemniak, surowicę płynną i zestaloną) mimo dodatku gliceryny — zawiodły.

Wykonane zostały również szczepienia na świnkach morskich, którym wstrzykiwano płyn mózgowordzeniowy tej chorej, uzyskany bezpośrednio po nakłuciu lędźwiowem i bulion zasiany krwią, skoro stwierdzono w nim obecność owych prątków. Zużyto do tego celu 6 świnek morskich, jednak żadnych — pomimo spostrzegania kilkumiesięcznego, zmian gruźliczych nie dostrzeżono«.

Zastanawiając się bliżej nad całokształtem objawów klinicznych za życia i zmian anatomicznych na stole sekcyjnym, musimy przyjąć, iż w danym przypadku przyczynę chorobową i zejścia śmiertelnego należy odnieść do silnego zakażenia prątkami kwasoodpornymi, gdyż tylko jedynie te prątki kwasoodporne można było wyhodować ze krwi krążącej i z płynu mózgowo-rdzeniowego za życia; innych bakteryi chorobotwórczych ani krew krążąca, ani płyn mózgowordzeniowy nie zawierały. Prątki te kwasoodporne okazywały pewne odrębne właściwości i musiały się przedewszystkiem odznaczać niezwykłą jadowitością, wywołując zejście śmiertelne wśród zmian anatomicznych, właściwych dla posocznicy i zadziałać na ustrój, który odznaczał się wogóle małą odpornością. Tak obraz kliniczny, jak i anatomiczny, przypomina bardzo jedną z postaci zakażenia ostrego gruźliczego, opisaną przez Landouzyego, t. j. gdzie z powodu zakażenia jadem gruźliczym następuje zejście śmiertelne wśród objawów posocznicy bez cech anatomicznych, charakterystycznych dla gruźlicy; pewną odrębność stanowią tylko zmiany znaczniejsze w przewodzie pokarmowym, t. j. powierzchowna martwica na szczytach fałdów błony śluzowej dolnej części jelita grubego, jak również odmienne nieco zachowanie się biologiczne samych prątków.

Zapatrywania Landouzyego co do istnienia tyfobacylozy gruźliczej poparli doświadczalnie badacze francuscy Yersin w r. 1888, a następnie Gougerot w r. 1911. Doświadczenia Yersina na królikach stwierdzają jednak tylko jedną z tych postaci tyfobacylozy Landouzyego, kończącą się bardzo rychło śmiercią, gdzie oględziny pośmiertne wykazują albo zupełny brak zmian gruźliczych w narządach wewnętrznych, lub też tylko bardzo nieliczne ogniska gruźlicze. Króliki, którym zaszczepiono do żyły usznej większe lub mniejsze dawki hodowli gruźlicy ptasiej, padają w 12—27 dniach, średnio w 18 dniach, wśród objawów ostrego zakażenia, wychudnięcia, upadku sił i gorączki. Obraz kliniczny przypomina rzekomo dur brzuszny u człowieka. Przy sekcyi widoczne przekrwienie i zwyrodnienie narządów wewnętrznych, zazwyczaj bez obecności gruzełków, dostrzegalnych gołem okiem. Wogóle Yersin zaznacza, że niema wówczas żadnych widocznych objawów gruźlicy; znajduje tylko dużą śledzionę i powiększoną wątrobę. Typ Yersina, wywołany na króliku, stanowi odzwierciedlenie typu Landouzyego u człowieka.

Gougerot powtórzył doświadczenia Yersina pod kierunkiem Landouzyego. Wstrzykując małe, średnie i wielkie dawki hodowli gruźliczej, otrzymywał te same wyniki, nietylko ze szczepem ptasim, wyhodowanym przez Bineta, ale i ze szczepami gruźlicy ludzkiej, wyhodowanymi przez Arloinga, Courmonta, Bezançona i Philiberta. Gougerot natomiast wywołał wszystkie postacie tyfobacylozy Landouzyego, t. j. 1) postać złośliwą, ostro przebiegającą, śmiertelną, w której na sekcyi widoczne bardzo skąpe ogniska gruźlicze, 2) postać występującą w 2 okresach, gdzie najpierw pojawia się okres ostry durowaty (tyfoidalny), możliwy do wyleczenia, a następnie po pewnym czasie wśród objawów jużto znaczniejszego, jużto mniej znacznego polepszenia rozwija się gruźlica ostra lub przewlekła, 3) postać ostrą durowatą, zupełnie wyleczalną.

Zmiany w przebiegu tyfobacylozy u człowieka i królika są równorzędne, identyczne tak makroskopowo, jak i mikroskopowo; są one atypowe dla sprawy gruźliczej.

Co do naszego przypadku chorobowego odmienny nieco obraz anatomiczny powstał przez powikłanie z powierzchowną martwicą błony śluzowej jelita grubego. Przyczynę tego powikłania odnieść należy najprawdopodobniej do poprzedniego leczenia rtęcią; niekiedy bowiem po zastosowaniu wstrzykiwań podskórnych oleju szarego (Łukasiewicz, Klien) może w jelicie grubem nastąpić martwica błony śluzowej. Według badań Kliena ma naówczas ulegać martwicy nabłonek gruczołów Lieberkühna, a następnie dopiero pod wpływem współdziałania bakteryi jelitowych przychodzi do rozleglejszych nacieków i owrzodzeń w błonie śluzowej jelit. Owóż w przypadku naszym wskutek leczenia rtęcią najprawdopodobniej też najpierw wytworzyła się skłonność do martwicy komórek nabłonkowych w gruczołach Lieberkühna, a dopiero później wskutek silnego zadziałania toksycznego prątków kwasoodpornych wytworzyły się rozleglejsze zmiany powierzchownej martwicy w błonie śluzowej jelita grubego. W każdym razie proces dyfterytyczny był bardzo świeży i nieznacznego nasilenia i nie objawiał się żadnymi podejrzanymi przypadami za życia.

Prątki kwasoodporne, wyhodowane ze krwi i płynu mózgowordzeniowego, różniły się ze względu na własności biologiczne od prątków gruźlicy ludzkiej i ptasiej; odznaczały się jednak niezwykłą jadowitością. Tej też okoliczności należy przypisać tak gwałtowny i atypowy przebieg kliniczny i anatomiczny. W patologii stwierdzamy niejednokrotnie to zjawisko, n. p w przebiegu duru brzusznego, gdzie w razie wielkiej jadowitości prątków Eberth-Gaffkyego, zwłaszcza u dzieci, nie dochodzi do wytworzenia się zmian charakterystycznych w postaci nacieków i owrzodzeń w jelicie biodrowem i ślepem, lecz tylko do obrzęku kępek Peyera i grudek odosobnionych, jak to wykazują oględziny pośmiertne (Schottmüller).

Wogóle przypadek nasz dowodzi istnienia postaci złośliwej tyfobacylozy Landouzyego, t. j. posocznicy śmiertelnej bez zmian gruźliczych, wywołanej prątkami kwasoodpornymi. Odpowiedniejszą też nazwą dla tej postaci złośliwego zakażenia gruźliczego zdaniem naszem byłoby: »typhobacillosis tuberculosa septica« lub »septicaemia tuberculosa acutissima«.

Niemniej nie da się zaprzeczyć po bliższem rozpatrzeniu się, iż istnieją i inne postacie tyfobacylozy, opisane przez Landouzyego. Bardzo też jest prawdopodobnem, że pierwotnie występuje tylko bacillemia gruźlicza, a następ-

pnie dopiero wytwarzają się zmiany gruźlicze w poszczególnych narządach i następuje dalszy rozwój gruźlicy. Przemawiają za tem spostrzeżenia kliniczne przy łóżku chorego, jak i wyniki badań bakteryologicznych, dość licznych w ostatnich czasach, przedsięwziętych zarówno u osób, dotkniętych gruźlicą, jak i pozornie zdrowych. I tak: Kurasgihe, Liebermeister znajdowali dość często prątki kwasoodporne i we krwi u zdrowych. Lang badał krew w 23 przypadkach, i to w 13 gruźlicy, a w 10 u osób niegruźliczych i stwierdzał w niej przy zastosowaniu metody Stäubliego i Schnittera zawsze prątki kwasoodporne. F. Klemperer badał 39 przypadków i stwierdzał prątki kwasoodporne we kwi prawie u wszystkich chorych gruźliczych, podczas gdy nie było ich prawie bez wyjątku u osób zdrowych i niegruźliczych. Teiji, Kurasgihe w 155 przypadkach gruźlicy jużto o lżejszym, jużto o ciężkim przebiegu, spostrzegali zawsze prawie prątki kwasoodporne we krwi; nawet u pozornie zdrowych otrzymywali wynik dodatni w 59%. Według nich prątki gruźlicze jawią się we krwi o wiele wcześniej, niż dotąd utrzymywano, i to nie przejściowo, lecz stale, tak iż w pewnych warunkach należałoby uważać pierwotną bacillemię jako istotę schorzenia gruźliczego. Obecność prątków gruźliczych we krwi ma znaczenie rozpoznawcze, a nie co do rokowania. Backmeister we wszystkich przypadkach, i to w początkowych i daleko posuniętych okresach gruźlicy, zauważył we krwi prątki Kocha (posługując się metodą Stäubliego i Schnittera); dodatni wynik jednak na zwierzęciu osiągnął, skoro używał krwi dotkniętych ciężką postacią gruźlicy. Toż samo utrzymuje Scheible. Sturm stwierdził w 40—50% początkowej gruźlicy prątki kwasoodporne we krwi, Ranström zaś u 36 chorych gruźliczych tylko w 9 przypadkach i to w III okresie choroby. Wszyscy chorzy zmarli. Według Ranströma obecność prątków kwasoodpornych we krwi krążącej stanowi złe rokowanie. Hilgermann i Lossen znachodzili prątki kwasoodporne we krwi krążącej u suchotników w 25%, i to nietylko w daleko posuniętych, ale i we wczesnych okresach. U niektórych chorych następowało nawet polepszenie ogólnego stanu.

Na uwagę zasługują wyniki, podane przez Jessena i Lydyę Rabinowitsch. Autorowie 1) na 12 przypadkow gruźlicy w 1 okresie znaleźli 2 razy we krwi prątki gruźlicze i twory ziarenkowate (granula); 2) u 12 chorych w II okresie 2 razy tylko twory ziarenkowąte; 3) w III okresie u 12 chorych 5 razy prątki, a raz twory ziarenkowate. Obecność prątków gruźliczych we krwi krążącej ma według nich znaczenie rozpoznawcze dla sprawy gruźliczej wówczas, gdy niema objawów ze strony płuc.

Natomiast Verbizier wbrew powyższym spostrzeżeniom nie zdołał we krwi krążącej u 15 chorych gruźliczych wykazać prątków kwasoodpornych. Według Fränkla stwierdzenie we krwi krążącej prątków Kocha nie jest wystarczające. Na 25 przypadków, w których dokonano 42 szczepień na zwierzętach, uzyskano dwa razy wynik dodatni (Berl. klin. Woch. 1913 Nr 17).

Kahn zwraca uwagę, że na preparatach z krwi chorych lub podejrzanych co do gruźlicy mogą się znajdować twory, które są bardzo podobne do prątków gruźliczych, a jednak niemi nie są, zwłaszcza przy użyciu metody Schnittera-Stäubliego. Mianowicie Kahn niejednokrotnie stwierdził, iż naówczas oprócz prątków gruźliczych rzeczywistych, spotkać można resztki otoczek krwinek czerwonych lub strzępków włóknika, które pod działaniem 3% kwasu octowego i rozczynu antyforminy mogą przybrać postać i własności, zbliżone do prątków kwasoodpornych, a tem samem naśladować w zupełności prątki gruźlicze. Dlatego też Kahn radzi dla uzyskania właściwego rozpoznania przeszczepiać krew na zwierzęta. Göbel znajdował w krążącej krwi gruźliczych i klinicznie zdrowych ludzi obfite prątki, barwiące się metodą Grama i Mucha. Toż samo we krwi psów, świnek morskich, myszy, szczurów. Brandes i Mann w 40 przypadkach chirurgicznej gruźlicy stwierdzili 18 razy we krwi krążącej prątki gruźlicze, i to zawsze w przebiegu gruźlicy nerek i pęcherza, a w połowie w przypadkach gruźlicy stawów.

Piśmiennictwo. 1) H. Gougerot: Reproduction expérimentale de la typhobacillose de Landouzy. Révue de med. 1908.— 2) Gougerot: Classification des bacillo-tuberculoses aigues 1) Tuberculoses aigues de Laennec, 2) Granulies d'Empis, 3) Septicémies non folliculaires. Typhobacillose Landouzy. Révue de méd. 1912, Nr 32. — 3) Łukasiewicz: Vergiftung bei der subcutanen Anwendung von Oleum cinereum. Wien. med. Woch. 1889, Nr 20. — 4) Klien: Deutsche med. Woch. 1893, Nr 31.— 5) Kurasgihe i Liebermeister: Zentralbl. f. d. ges. Med. II. s. 147 i 532. — 6) Klemperer: Über Tuberkelbacillen im strömenden Blute. Therapie der Gegenw. 1912. — 7) Backmeister: Über Tuberkelbacillen im Blute. Berl. klin. Woch. 1912, Nr 53. — 8) Rumpf: Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blutstrom. Münch. med. Woch. 1912. Nr 36. — 9) Ranström: Tuberkelbacillen im strömenden Blute. Deutsche med. Woch. 1912, Nr 33. — 10) Sturm: Tuberkelbacillen im Blute von Tuberkulösen. Beitr. zur Klin. der Tuberk. Bd. 21. H. 2. — 11) Kurasgihe, Mayeyama, Yamada: Über das Vorkommen des Tuberkelbacillus im strömenden Blute der Tuberkulösen. Zeitschr. f. Tub. Bd. 18. H. 5.— 12) Teiji, Kurasgihe: Über das Vorkommen des Tuberkelbacillus im strömenden Blute des Tuberkulösen. Zeitschr. f. Tub. Bd. 17. H. 4. — 13) Hilgermann i J. Lossen: Über den Nachweis von Tuberkelbacillen im Blute bei Lungentuberkulose und seine prognostische Bedeutung. Deutsche med. Woch. 1912, Nr 19. — 14) Jessen i Lydia Rabinowitsch: Über das Vorkommen von Tuberkelbacillen im kreisenden Blute und die praktische Bedeutung dieser Erscheinung. Deutsche med. Woch. 1910, Nr 24.— 15) Fränkel: Tuberkelbacillen im strömenden Blute. Deutsche med. Woch. 1913, Nr 16. — 16) Lang: Über das Vorkommen säurefester Stäbchen im Blute. Centralbl. f. inn. Med. 1913, Nr 17. — 17) A. Verbizier: Neue Untersuchungen über das Vorhandensein des Koch'schen Bacillus im strömenden Blut der Tuberkulösen. Révue de med. 1913, Nr 3. Berl. kl. Woch. 1913, Nr 16. — 18) Kessler: Tuberkelbacillennachweis im Blut. Münch. med. Woch. 1913. Nr 7. — 19) E. Kahn: Zum Nachweis der Tuberkelbacillen im strömenden Blut. Münch. med. Woch. 1913, Nr 7. — 20) Göbel: Zum Vorkommen von Tuberkelbacillen im strömenden Blut. Deutsche med. Woch. 1913, Nr 24. — 21) Brandes i Mann: Tuberkelbacillen im strömenden Blute bei chirurgischen Tuberkulosen. Deutsche med. Woch 1913, Nr 24.— 22) Fränkel: Tuberkelbacillen im strömenden Blute. Deutsche med. Woch. 1913, Nr 16.

Wegetaryanizm i jego zastosowanie w lecznictwie.

Podał

Dr Zygmunt Wachtel

asystent kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie.

(Dokończenie).

Wiadomo, że w lecznictwie nie zawsze rozstrzyga naukowe uzasadnienie jakiegoś środka lekarskiego lub dyety,

ale niejednokrotnie doświadczenie praktyczne przy łożu chorego. Często spotykamy się ze środkami leczniczymi, których stosowanie w pewnych chorobach nie ma żadnego uzasadnienia naukowego, a które mimo to na pewne stany chorobowe dobrze działają. Przytoczę tutaj jako przykład tylko piperazynę, której zastosowanie nie ma żadnego wytłómaczenia naukowego, gdyż nie stwierdzono ściśle, by piperazyna w jakikolwiek sposób wpływała korzystnie na wydzielanie kwasu moczowego z ustroju w skazie moczanowej. Ortner wprost przeczy, by piperazyna działała w tej chorobie. A jednak lekarze zmuszeni są często stosować piperazynę w dnie, gdyż chorzy bardzo sobie chwalą jej działanie, a zdanie chorego w tym przypadku ma wielkie znaczenie. Prócz piperazyny są jeszcze inne takie środki lekarskie, często używane, jak sanatogen, roborin, perdynamin, hematogen i t. d., które według reklamy mają mieć swoiste działanie w osłabieniach ogólnych, połączonych z niedokrwistością, a to w ten sposób, że sprowadzają szybką i energiczną odnowę krwi. Jeżeli bliżej przypatrzymy się składnikom tych przetworów, to przekonywamy się, że ich składniki nie mogą mieć wpływu na odnowę krwi. I tak np. hematogen składa się z krwi wołu, zmieszanej z gliceryną i winem. Według zasad nauki powinno być wprost zabronione podawanie takiej mieszaniny, gdyż nie można tego zrozumieć, jakie znaczenie może mieć w lecznictwie krew z wołu, która ulega poza ustrojem przemianie wstecznej, a dodatek gliceryny (20—30%) i wina (10%) chyba niewiele może się przyczynić do odnowy krwi; nie można też o tem zapominać, że krew z wołu zawiera bardzo wiele istot wyciągowych (jak kreatyna, kreatynina, mocznik i inne), które jako wytwory wstecznej przemiany nie mogą korzystnie wpływać na ustrój ludzki.

Dyeta wegetaryańska może w lecznictwie oddać bardzo cenne usługi już z tego powodu, że chory, który przeważnie nie pracuje, nie potrzebuje tyle kaloryi dziennie w pokarmach, by utrzymać się w równowadze azotowej, co człowiek zdrowy. Choremu zwykle wystarcza już $^1/_3$ kaloryi, zwłaszcza w niektórych stanach chorobowych, w których jest wprost wskazane obniżenie liczby kaloryi, a co łatwo można osiągnąć przez dyetę wegetaryańską.

Dyeta wegetaryańska dla chorych składa się z jarzyn, owoców i ziarn, które podajemy zwykle w odpowiedni sposób przegotowane i przygotowane, a w niektórych przypadkach podajemy je ze skutkiem w stanie surowym. O ile z jednej strony przez podanie przegotowanych potraw wegetaryańskich chronimy przewód pokarmowy przed nadmiernem napełnieniem surowemi jarzynami i owocami (przegotowane łatwiej ulegają wessaniu), o tyle z drugiej strony u osób, u których chodzi o to, by do ustroju wprowadzić mniejszą ilość białka, przydatne są surowe owoce i jarzyny. Dyety roślinnej nie powinno się podawać przez czas dłuższy (3—6 tygodni); jeżelibyśmy w ciągu tego czasu zauważyli u chorego upadek sił i znaczniejszy spadek na wadze, jakoteż objawy ze strony układu nerwowego, należy zaraz wrócić do dyety mieszanej.

Leczenie dyetą wegetaryańską odbywa się zwykle w osobnych, do tego celu urządzonych lecznicach. Do tych zakładów leczniczych udają się zwykle chorzy z cierpieniami czynnościowemi bez zmian chorobowych w narządach wewnętrznych, dalej otyli, chorzy na przewlekły nieżyt żołądka i jelit lub przewlekłe cierpienia nerkowe, wreszcie chorzy z mierną ogólną miażdżycą lub z tak zwanym »kwasem moczowym«. Użyłem tego wyrazu, gdyż obecnie coraz częściej spotyka się ludzi, którzy mają mieć dolegliwości na tle nieprawidłowego wydzielania się kwasu moczowego. Z cierpieniami »na tle kwasu moczowego« dochodzi się teraz do absurdum; często u takiego chorego który z powodu jakichś nieokreślonych bólów udaje się o poradę, lekarze z jednorazowego rozbioru moczu rozpoznają skazę moczanową, nie bacząc na to, że większa ilość kwasu moczowego może być przypadkowa i że dopiero kilkakrotne ilościowe oznaczenie kwasu moczowego przy dyecie mieszanej i roślinnej może służyć jako podstawa w rozpoznawaniu skazy moczanowej. U tych chorych możemy prawie zawsze zauważyć dobre wyniki leczenia w takich zakładach, gdyż są to zwykle mieszkańcy wielkich miast, którzy przeważnie żyją bez ruchu fizycznego i przejadają się mięsem. Nic dziwnego, że kilka tygodni pobytu na świeżem powietrzu przy całodziennym ruchu i bez trosk, bardzo dobrze i uspokajająco działa na ustrój takich chorych, i bezsprzecznie korzystniej wysłać takiego chorego do zakładu wegetaryańskiego, aniżeli do miejsca kąpielowego. Szkoda tylko, że u nas w kraju tak mało popiera się te zakłady (Kosów, Ojców) i że mało mamy takich lecznic, wskutek czego chorzy zwykle wyjeżdżają do takich zakładów za granicę.

W jaki sposób dyeta wegetaryańska działa u osób nerwowo chorych, na to niema na razie dokładnego wytłómaczenia naukowego. Niektórzy (n. p. Biernacki) uważają neurastenię jako objaw nieprawidłowej przemiany materyi. Właściwie nie znamy dokładnie całego chemizmu, jaki się odbywa w naszym ustroju podczas przemiany materyi; znamy tylko końcowe jego wytwory rozpadowe, t. j. kwas moczowy i jego pochodne, a o pośrednich wytworach, które podczas przemiany materyi w naszym ustroju się uwalniają i mają mieć działanie trujące, mało wiemy. Może więc dyeta wegetaryańska ma tę własność, że wiąże znów te pośrednie wytwory trujące i w ten sposób działa leczniczo. Są to jednak wszystko na razie teorye, bez ścisłego uzasadnienia naukowego.

Amoniak jest również jednym z takich wytworów rozpadowych, który ma zobojętniać kwasy, tworzące się w ustroju. Według Waltera, u ludzi jedzących mięso wytwarza się więcej amoniaku, mocz bowiem mięsożernych stale zawiera pewną jego ilość. Przy podaniu kwasu zwiększa się u mięsożernych ilość amoniaku. Doświadczalnie stwierdzono, że zwierzęta roślinożerne nawet przy podaniu wielkiej ilości kwasu nie wytwarzają amoniaku, dlatego też ustrój zwierząt roślinożernych jest mniej odporny na kwasy, które łączą się z zasadami krwi i zwierzęta te przy zatruciu kwasami łatwiej giną. W ten sposób możnaby sobie też wytłómaczyć mniejszą odporność na wszelkie choroby u Hindusów, którzy są czystymi wegetaryanami i o wiele łatwiej ulegają chorobom, niż inni mieszkańcy Indyi, spożywający pokarm mieszany. Podobne zresztą doświadczenia, przeprowadzone u ludzi przez Corandę i Hallervordena udowodniły, że amoniak, który stale znajduje się w ustroju u ludzi jedzących mięso, jest niejako obroną ustroju przeciw kwasom, które się wytwarzają z pokarmów lub w nieprawidłowych warunkach z białka ustrojowego

Wytwarzanie amoniaku chroni więc ustrój od odciągania zasad z krwi i innych tkanek, ponieważ amoniak łączy się z kwasami w ustroju.

Teoryę Waltera zmienili nieco później Biernacki i Limbek, którzy starali się udowodnić, że przy dowozie kwasów, które się nie spalają w ustroju, zasady tkanek zostają nieco uszkodzone. Ze zdaniem, że amoniak jest neutralizatorem dla kwasów, nie zgadzają się Beckman i Stadelman, którzy doświadczalnie udowodnili, że nawet przy stałem i obfitem podawaniu zasad zawsze wydziela się amoniak w moczu, a więc, że nie ma on nic wspólnego z łączeniem się z kwasami.

Dyetę wegetaryańską polecają obecnie z dobrym skutkiem w chorobach żołądka, zwłaszcza w nerwicach, połączonych często z nadmierną kwaśnością soku żołądkowego, która po tej dyecie ma się zmniejszać. Znane jest również korzystne działanie dyety wegetaryańskiej w niedowładzie jelit, połączonym z uporczywem zaparciem stolca. Działanie tej dyety w tych stanach tłómaczą w ten sposób, że większa ilość węglowodanów, wprowadzona do przewodu pokarmomowego, ulega fermentacyi, która pobudza ruchy robaczkowe jelit i wywołuje szybko stolec. Polecają też dyetę wegetaryańską w nerwobólach głównie na tle skazy moczanowej, jakoteż i u chorych na wiąd rdzenia. Wytłómaczenie, w jaki sposób w tych chorobach działa ta dyeta, jest trudne, zwłaszcza, że nie znamy dokładnie przyczyny tych nerwobólów. Z klinicystów polecali dyetę wegetaryańską w tych przypadkach głównie Haig i Hoffman. Rumpf poleca dyetę roślinną w nerwicach serca i w dusznicy nerwowej z dobrym skutkiem. Niektórzy mieli dobre wyniki lecznicze w migrenie i w padaczce. Najczęściej jednakże bywa obecnie stosowana dyeta wegetaryańska w chorobach przemiany materyi, a więc w skazie moczanowej, otyłości i cukrzycy.

W skazie moczanowej oddawna polecano jarską dyetę, jako taką, która nie przyczynia się do zwiększenia ilości kwasu moczowego w ustroju, ponieważ nie zawiera ciał purynowych. Obecnie zapatrywanie w tym kierunku nieco się zmieniło. Wiadomo obecnie, że komórka roślinna budową swą nie różni się od komórki zwierzęcej; i jedna i druga składa się z protoplazmy i z jądra, a jądro komórkowe roślin zawiera również nukleoproteidy i kwas nukleinowy, z których podczas hydrolizy powstają ciała purynowe taksamo, jak w komórce zwierzęcej. Dalej przekonano się obecnie, że podczas przemiany materyi w roślinach nietylko tworzą się związki purynowe, ale i tu odbywa się proces spalania, podobnie jak w ustroju zwierzęcym. Wprawdzie dotychczas nie znaleziono jeszcze kwasu moczowego jako ostatecznego wytworu spalenia ciał purynowych w roślinach, ale znaleziono alantoinę. W wielu roślinach, jak n. p. w kawie, herbacie, grochu, znajduje się bardzo wiele ciał purynowych.

Jeżeli się obecnie zastanowimy, jaki związek zachodzi między ciałami purynowemi a skazą moczanową, to dojdziemy do wniosku, że u ludzi dotkniętych tą skazą znajdujemy złogi kwasu moczowego w różnych tkankach, jakoteż większą ilość kwasu moczowego we krwi i że ilość kwasu moczowego we krwi można zwiększyć przez podanie pewnych potraw, które zawierają wiele ciał purynowych, n. p. wątroba, grasica i t. p. Czy jednak właśnie sam zwiększony kwas moczowy w tkankach, szczególniej zaś w krwi, jest tym szkodnikiem w ustroju, na to nie mamy dotychczas pewnych dowodów. Znane są bowiem stany chorobowe z bardzo wielką ilością kwasu moczowego we krwi i moczu, jednakowoż bez żadnych takich zmian chorobowych, któreby się wyjaśniały zwyżką kwasu moczowego. Można to zauważyć przedewszystkiem w białaczce, gdzie z powodu zwiększonego rozpadu ciałek białych znajdujemy stałe zwiększenie kwasu moczowego, bez widocznego szkodliwego działania. Wprawdzie opisano przypadki, w których spostrzegano równocześnie lub w jakiś czas po wystąpieniu białaczki takie dolegliwości, jakie zwykle spotykamy w skazie moczanowej, ale z tych kilku przypadków nie można nic stanowczego w tym kierunku wnosić.

Aby mieć jaśniejszy pogląd na to, w jaki sposób działa dyeta wegetaryańska na wydzielanie się kwasu moczowego w ustroju, chciałbym pokrótce wspomnieć o przemianie kwasu moczowego w ustroju. Według doświadczeń Buriana, Schura i Sivena rozróżniamy w ustroju dwojakiego rodzaju kwas moczowy, i tak: Kwas moczowy, który powstaje po spożyciu pokarmów mięsnych i niektórych roślinnych; ilość jego może się zwiększyć lub zmniejszyć, co zależy od ilości ciał purynowych, jakie do ustroju z pokarmami wprowadzamy. Prócz tego znajdujemy zawsze w ustroju w tkankach i we krwi kwas moczowy, który powstaje zupełnie niezależnie od pokarmów i jest wytworem rozpadu białka podczas przemiany materyi, jaka się odbywa w żywej komórce ustrojowej. Można się o tem doświadczalnie przekonać w ten sposób, że podaje się badanemu przez pewien czas pokarmy, o ile możności nie zawierające ciał purynowych, a mimo to znajdujemy w moczu i we krwi pewną ilość kwasu moczowego.

Brugsch i Schittenhelm oznaczyli ilościowo ten kwas moczowy u ludzi ze skazą moczanową, których najpierw żywili dyetą, nie zawierającą ciał purynowych, a następnie podawali im pokarmy o wielkiej zawartości ciał purynowych. Na podstawie swoich badań doszli Brugsch i Schittenhelm do następujących wyników: Po dyecie, nie zawierającej ciał purynowych, znajdowali zawsze pewną ilość kwasu moczowego na dobę; ilość jego wynosiła 0·3 do 0·6 gr. Podawali później tym samym chorym pokarmy, które zawierały pewną ilość ciał purynowych i przekonali się, że kwas moczowy z pokarmów u ludzi dotkniętych skazą moczanową nie wydziela się z ustroju po 24, ewentualnie po 48 godzinach, jak to zwykle bywa u ludzi zdrowych, ale wydzielanie to trwa jeszcze 5 dni. Z tego widać, że skaza moczanowa polega na błędzie w wydzielaniu się kwasu moczowego z ustroju i że z jakiegoś powodu zostaje tu kwas moczowy w ustroju zatrzymany. Doświadczenia nowsze dowiodły, że przy skazie moczanowej powstają łącznotkankowe zmiany w nerkach, które wpływają na zwolnione wydzielanie się kwasu moczowego z ustroju. Z tego widzimy, że w ustroju może być bardzo dużo kwasu moczowego, a mimo to niema objawów skazy moczanowej skoro ustrój potrafi tę zwiększoną ilość kwasu moczowego wydalić na zewnątrz. Z tego powodu nie możemy uważać dyety mięsnej za jedną z najważniejszych przyczyn, wywołujących skazę moczanową. Ostatnie prace Smetanki również dowodzą, że nawet po spożyciu pokarmów, zupełnie nie zawierających ciał purynowych, następuje zwiększone

wydzielanie kwasu moczowego z ustroju. Doświadczenia Smetanki potwierdzają teoryę Maresa, że kwas moczowy (prócz tego, który nie dostaje się do ustroju z pokarmami). zawsze w ustroju znajdujemy i że jest on wytworem rozpadowym przemiany materyi, jaka się odbywa w każdej żywej komórce. Ta przemiana materyi odbywa się zupełnie niezależnie od pokarmów, jakie pobieramy. Muszę w końcu nadmienić, że mimo to z praktyki jest wiadomo, iż ludzie ze skazą moczanową na dyecie o ile możności bezpurynowej czują się często bardzo dobrze i po takiem kilkotygodniowem leczeniu nie mają czasem przez kilka miesięcy żadnych dolegliwości, a lekarz praktyczny, czytający prace ostatnich lat w tym kierunku, znajduje się jakby w labiryncie i nie wie, czego się ma trzymać. Możnaby skuteczność jarskiej dyety w skazie moczanowej wytłómaczyć jeszcze w ten sposób, że podczas dyety jarskiej wytwarza się w ustroju mniej kwasu moczowego, ponieważ jest mniejsza leukozytoza trawienna, czego następstwem jest mniejszy rozpad ciałek białych, z których się potem tworzy ksantyna i pochodne od niej ciała chemiczne.

Bardzo często stosuje się obecnie z dobrym skutkiem dyetę wegetaryańską w otyłości. Działanie tej dyety można tu w ten sposób wytłómaczyć, że w otyłości wogóle można zmniejszyć ilość kaloryi, zawartych w pokarmach, a w szczególności można zmniejszyć ilość białka, co można najłatwiej sprawić przez odżywianie chorego dyetą roślinną.

Chorzy ci, którzy zwykle przyzwyczajeni są do obfitych dań, mają po potrawach wegetaryańskich uczucie sytości, gdyż co do ilości spożywają znacznie więcej, niż przy dyecie mieszanej, ale pożywienie ich daje mniej kaloryi i z tego powodu chorzy tacy tracą na wadze. Należy jednak uważać na to, by chorzy tacy nie odżywiali się takiemi potrawami roślinnemi, które zawierają dużo białka i tłuszczu, jak n. p. groch i t. p.; powinni oni jadać owoce surowe i jarzyny.

Podaje się też dyetę jarską w cukrzycy i tu należy podawać głównie takie potrawy, które nie zawierają dużo cukru, a więc również jarzyny, owoce i grzyby.

Bouchardat pozwalał chorym na cukrzycę jadać wszystkie jarzyny i owoce strączkowe, twierdząc, że przypisywanie niektórym owocom szkodliwości z powodu nadmiernej ilości węglowodanów jest przesadą, gdyż w tych owocach znajduje się głównie inosyna, inosyt i mannit, które dla chorego takiego są zupełnie obojętne, a przez gotowanie jarzyn i owoców ilość zawartych w nich węglowodanów znacznie się zmniejsza. Bouchardat dodawał zwykle do tej dyety wiele oliwy i tłuszczu, by zwiększyć jej wartość kaloryczną. Podobnie, jak Bouchardat, polecają w cukromoczu Hoffmann i Rumpf dyetę jarską ze skutkiem dobrym, a Noorden w swej książce o cukrzycy poleca od czasu do czasu dnie jarzynowe, które mają działać w ten sposób, że ustrój, przepełniony cukrem, niejako oczyszczają. Według Kolischa dyeta jarska dlatego działa skutecznie w cukrzycy, ponieważ wogóle nadmierne odżywianie takich chorych istotami białkowatemi jest szkodliwe, pobudzając ustrój do większego wydzielania cukru; jarska zaś dyeta jest właśnie taką, w której niewielka ilość białka dostaje się do ustroju, a reszta niezmieniona wydziela się w kale. Należy jednak dyetę, podaną przez Kolischa, stosować bardzo ostrożnie, gdyż zawodzi ona często, zwłaszcza u chorych licho odżywionych, gdzie z powodu niedostatecznej ilości kaloryi przy jarskiej dyecie następuje jeszcze znaczniejsza utrata wagi, która może być dla chorego nawet bardzo groźną.

Ziemssen i Rumpf polecają też jarską dyetę w chorobie Basedowa, twierdząc, że działa ona dobrze na układ nerwowy i uspokaja czynność serca, zwykle w tej chorobie wzmożoną.

Stroh w Chicago opisuje przypadek obrzęku śluzowatego, wyleczony dyetą wegetaryańską.

Niektórzy polecają jarską dyetę w niedokrwistości a działanie jej tłómaczą tu w ten sposób, że sole żelaza, zawarte w niektórych roślinach w znacznej ilości, łatwiej ulegają wessaniu, aniżeli wszystkie sztuczne przetwory żelaziste.

Znane jest też skuteczne działanie dyety jarskiej w chorobach nerek; z powodu mniejszej zawartości istot białkowatych nie wpływa drażniąco na tkanki nerkowe.

Wreszcie niektóre choroby skórne leczy się dyetą jarską, szczególnie pewne postacie wyprysku, świerzbiączki, łuszczycę, pokrzywkę i czyraczność.

Przeciwwskazaniem dyety jarskiej są wszystkie ciężkie schorzenia organiczne i ogólna miażdżyca. Według teoretycznego tłómaczenia nie powinno się podawać osobom, dotkniętym ogólną miażdżycą, potraw, które zawierają wielką ilość soli wapniowych (szpinak, kalafiory i owoce strączkowe). U osób, które cierpią na kamicę nerkową, nie powinno się podawać jarzyn, które zawierają dużo soli szczawiowych, wreszcie u osób z fosfaturyą należy ograniczyć podawanie jarzyn i owoców.

O dziedziczności chorób usznych.

Z wykładu, przeznaczonego na XVIII Zjazd międzynarodowy lekarski w Londynie w sierpniu 1913 r.

Podał

Dr R. Spira.

Dziedziczność odgrywa w chorobach usznych stanowczo większą rolę przyczynową, niż jej dotychczas w ogólności przyznają. Pominąwszy te choroby uszne, w których dziedziczność stanowi pierwszorzędny czynnik etyologiczny i jako taki ogólny jest uznany, a więc takie choroby, jak otoskleroza, postępowa głuchota nerwowa i głuchoniemota, można dość często spostrzegać, że u rodziców dzieci chorych na uszy istnieją równocześnie lub istniały dawniej również różne sprawy chorobowe w uchu. Dalej można stwierdzić, że w pewnych rodzinach choroby uszne uderzająco częściej występują, niż w innych.

Poczęści zjawisko to daje się łatwo wytłomaczyć, o ile tyczy się chorób, powstających na podstawie konstytucyonalnej. Tu należą choroby ucha środkowego i trąbki na tle spraw nieżytowych górnych dróg oddechowych, w sprawach przerostowych błony śluzowej nosa, migdałków i t. p. Wszak wiadomo, że zmiany te przeważnie polegają na skazie limfatycznej, zołzowej, kiłowej, krzywiczej i t. p. i że te stany często przenoszą się z rodziców na dzieci i dotykają nieraz całe rodziny.

Ale także co do innych chorób uderza przy dosta-

tecznej uwadze, jak często spotyka się je u dzieci, których rodzice przebyli różne choroby uszne. Przytem choroby dzieci i rodziców, względnie rodzeństwa, niekoniecznie są tego samego rodzaju. Jeżeli w każdym przypadku zwrócimy na to uwagę, to znajdziemy często u dzieci np. chorobę ucha środkowego, a u rodziców chorobę ucha zewnętrznego lub wewnętrznego albo odwrotnie. Kiedyindziej znów zdarza się rodzinna skłonność do nagromadzenia woskowiny w uchu lub do zapalenia ucha zewnętrznego. Można także przekonać się, że w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, jak np. zapalenie ślinianek przyusznych, płonica i t. p. powikłania ze strony ucha wogóle częściej występują u takich dzieci, których rodzice przebywali jakieś choroby uszne, niż u takich, których rodzice nigdy na uszy nie cierpieli.

Chodzi tu zatem nie o pewną chorobę, lecz wogóle o chorobę pewnego narządu w różnych pokoleniach, względnie u różnych członków tej samej rodziny, tak, że musimy tu przypuścić pewną skłonność nie do tej lub owej choroby, lecz do chorób narządu słuchowego w ogólności. Taka miejscowa dziedziczna skłonność do tych chorób, wywołująca częstsze zapadanie na uszy u dzieci, których rodzice również na uszy cierpieli, może leżeć prócz wymienionych już spraw konstytucyonalnych, skłonności do nieżytów i t. d. tylko w odziedziczonej mniejszej odporności miejscowej, organicznej lub czynnościowej, która sprawia, że ucho jest wrażliwsze na różne czynniki szkodliwe, działające od zewnątrz i od wewnątrz, w następstwie czego ucho tak usposobione przy najlżejszej sposobności łatwiej zapada na różne choroby, niż inne.

Taka zmniejszona odporność miejscowa może polegać bądź to na odziedziczonych miejscowych zboczeniach anatomicznych, bądź też na miejscowych zaburzeniach odżywiania lub krążenia. Nie można też wyłączyć, czy nie zachodzą tu także jakieś odziedziczone, bliżej nieznane usposobienia lub skazy ogólne na tle gośćcowem, neuropatycznem lub trofoneurotycznem.

Już dawno stwierdzono częste występowanie chorób ucha środkowego w różnych pokoleniach tej samej rodziny i szukano przyczyny tego w osobliwej dziedzicznej budowie anatomicznej tego narządu. I tak Tröltsch podnosi zboczenia w budowie anatomicznej, jak mniejsze rozmiary jamy bębenkowej, ciasność trąbki, jamy nosowo-gardłowej i okienek błędnikowych, jako prawdopodobną przyczynę dziedziczności chorób ucha środkowego. W podobny sposób Wendt przypisuje pod tym względem wielkie znaczenie zbyt małej odległości stropu jamy bębenkowej od główki młotka i trzonka kowadełka, sądząc, że słaby rozwój jamy bębenkowej sprzyja powstawaniu nieprawidłowych zrostów, względnie utrudnia samodzielne wyleczenie się jej chorób. Zdaniem Zaufala, kąt pochylenia między brzegiem okienka okrągłego, a dnem jamy bębenkowej odgrywa tu ważną rolę. Moos sądzi, że obecność wrodzonych licznych nitek i więzadeł, łączących ramiona strzemiączka ze ścianami zagłębienia okienka owalnego, przyczynia się znacznie do powstania spraw zrostowych w miedniczce owalnej w nieżytowych i zapalnych sprawach ucha środkowego. Weber-Liel zwraca uwagę na dziedziczny słaby rozwój mięśni lewej połowy ciała, przyczem wrodzona wątłość mięśnia naprężacza podniebienia miękkiego daje powód do chorób usznych.

Wszystkie wymienione prace uwzględniają dziedziczność chorób małej ograniczonej części narządu słuchowego lub pewnych cierpień usznych. Natomiast bardzo rzadko, nieomal wyjątkowo, znajdujemy w piśmiennictwie uwzględnienie zagadnienia dziedziczności chorób usznych w ogólności i próby jej wytłómaczenia.

Eitelberg zajmuje się tą sprawą ze stanowiska ogólniejszego, obejmującego dziedziczność nietylko chorób ucha środkowego, ale chorób usznych wogóle. Wprawdzie i on przypisuje pewne znaczenie pewnym odmianom lub zboczeniom w budowie anatomicznej. Zaznacza on, że osoby z wązką jamą nosową łatwiej zapadają na choroby uszne, zwłaszcza przy istniejącej równocześnie skłonności do nieżytów. Oczywista rzecz, że u takich osób już nieznaczny obrzęk błony śluzowej nosa pociągnie za sobą znaczniejszą niedrożność nosa i w następstwie także zamknięcie lub znaczne ścieśnienie ujścia trąbek usznych. Z zestawienia jednak spostrzeżeń Eitelberga, tyczących się 262 osób, w różnym stosunku ze sobą spokrewnionych, wynika uderzający fakt dziedziczności różnych chorób rozmaitych części narządu usznego. Eitelberg widział np. jedną rodzinę, w której ojciec i syn cierpieli na przewlekły nieżyt ucha środkowego, jedna córka cierpiała na nagromadzenie woskowiny w uszach, a druga była dotknięta obustronnem zajęciem n. słuchowego. W pewnych rodzinach, w których u rodziców stwierdzano rozlane zapalenia ucha zewnętrznego, a u dzieci ropne zapalenie ucha środkowego, możnaby sobie stosunek ten wytłomaczyć w ten sposób, że w obu pokoleniach istniało zapalenie ucha zewnętrznego, które u rodziców zatrzymało się u progu ucha środkowego, zaś u dzieci, przekroczywszy ten próg, rozszerzyło się na ucho środkowe.

Jednakże u 36 osób, spostrzeganych przez Eitelberga, znalazły się wśród członków jednej rodziny, wśród rodzeństwa, względnie u rodziców i u dzieci choroby uszne, pozornie nie mające żadnej wspólnej podstawy. Tak np. siostra cierpi na ostre ropne zapalenie ucha środkowego, a brat na nagromadzenie woskowiny w zewnętrznym przewodzie ucha. Podobne okoliczności zachodzą w dalszych 34 przypadkach Eitelberga.

Podobne stosunki miałem sam często sposobność spostrzegać, co mi dało powód do zastanowienia się nad tym uderzającym faktem. Na podstawie własnych spostrzeżeń zupełnie się zgadzam z Eitelbergiem w tem, że piętno dziedziczności mogą nosić nietylko tesame lub podobne, lecz także pozornie odległe i różne postacie chorób narządu słuchowego.

Dla wytłómaczenia częstego występowania takich różnych, u kilku członków tej samej rodziny nieraz różnie usadowionych chorób usznych, nie pozostaje nic innego, jak przypuścić intoksykacyę nieznanej przyrody, dziedziczne przekazanie jadu, wywołującego zmiany trofotoksyczne miejscowe, rodzinne zboczenia krążenia, albo też miejscową rodzinną chwiejność (labilitas) nerwową. W niektórych przypadkach można przypuścić jako przyczynę pierwotne, do wpływów dziedzicznych dające się odnieść zmiany w nerwach współczulnych, zaopatrujących narząd słuchowy.

Słowem, chodzi tu o osoby, które od urodzenia mają narząd słuchowy »mniejszej wartości«, stanowiący wobec zewnętrznych i wewnętrznych czynników szkodliwych »locus minoris resistentiae«. Należy jednak przyznać, że w pewnych przypadkach dziedziczność ta może być pozorną, o ile jednakowe przyczyny zewnętrzne przypadkowe (otoczenie, stosunki miejscowe, mieszkaniowe, zawodowe, klimatyczne, choroby zakaźne w rodzinie, jak płonica, błonica, grypa i t. p.) mogą dać wspólny powód do cierpień różnych części tego samego narządu.

Bądź co bądź, jakakolwiek jest przyczyna dziedzicznego usposobienia do chorób usznych, sam fakt istnienia takiej dziedziczności, potwierdzony długoletniem doświadczeniem, licznemi spostrzeżeniami, stanowi ważną przestrogę dla lekarzy, której lekceważyć nie wolno. W takich dziedzicznie obciążonych rodzinach należy czuwać ze szczególną troskliwością nad narządem słuchowym, aby nie obciążyć własnego sumienia wyrzutem, »za późno«, jak to słusznie Eitelberg podkreśla. Powinno się wczas zwracać uwagę rodziców takich dzieci na konieczność uważnego nadzorowania dzieci, wczesnego i starannego leczenia ewentualnych cierpień usznych i przedstawić możliwe złe następstwa zaniedbania takich cierpień, podwójnie groźne z powodu obciążenia. Postępowanie takie jest tembardziej wskazane, że takie choroby uszne, ze względu na odzie-

dziczoną mniejszą odporność. często biorą zły obrót i mniej są przystępne dla leczenia, niż podobne cierpienia, nie polegające na tle dziedzicznem.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Hildebrandt. **Uśpienie chloroformowe a choroby wątroby.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 10). Przy t. zw. późnem zatruciu chloroformowem stwierdza się głównie zmiany w wątrobie. To też, chcąc uniknąć niebezpieczeństw uśpienia chloroformowego, należy przeprowadzić bardzo dokładne i szczegółowe badanie chorego przed operacyą i przedewszystkiem zwrócić uwagę na stan wątroby. Badając mocz w kierunku obecności urobiliny, możemy uzyskać pewne wskazówki co do zmian w wątrobie. Stosowanie chloroformu przy istniejącem schorzeniu wątroby uważa autor za błąd lekarski. N.

Schnée. **Przyczynek do leczenia choroby Basedowa.** (Zentrbl. f. inn. Med. 1913, Nr 19). Autor połączył w kilku przypadkach choroby Basedowa leczenie antytyreoidyną z pankreonem i we wszystkich przypadkach uzyskał bardzo dobre wyniki: objawy w ciągu 6—8 tygodni leczenia ustępowały i poprawa stanu chorych utrzymywała się bardzo długi czas. Autor zauważył również, że w przypadkach niedokrwistości, w których arsen nie odnosił skutku leczniczego. to skombinowany z pankreonem wywierał bardzo dobry wpływ na poprawę stanu krwi i stanu ogólnego chorych. Próby powyższego leczenia nie byłyby zdaniem autora bezowocne. N.

Wolpe. **Zaburzenia wydzielnicze żołądka w chorobie Basedowa.** (D. Arch. f. klin. Med. 1913, Bd. 108). Autor badał wydzielanie żołądka dokładnie w 16 przypadkach choroby Basedowa, mniej dokładnie w 7 przypadkach; we wszystkich stwierdzał zawsze zmniejszenie się wydzielania kwasu solnego i zaczynów, a więc achylię, częścią nawet zanik gruczołów (anadenia). Zaburzenie czynności jelit i oddawania stolca przy chorobie Basedowa uważa autor za zaburzenia pochodzenia wyłącznie żołądkowego (gastrogen). Wszystkie te zmiany chorobowe są zdaniem autora wyrazem konstytucyonalnej astenii ustroju, wywołanej jadem choroby Basedowa. Wskazane jest powtórzenie badań i pogłębienie niniejszej pracy. N.

Kutschera. **Przeciw etyologii wodnej wola i kretynizmu.** (Münch. m. Woch. 1913, Nr 8). Autor zbiera swe dowody przeciw etyologii wodnej wola i kretynizmu w następujących wnioskach: 1) Źródła wola, uznawane dotąd, przy dokładnem badaniu nie wytrzymują krytyki. 2) Epidemie wola i kretynizmu stwierdza się tylko w pewnych zbiorowiskach mieszkaniowych, a nie obszarach wodnych. 3) Doświadczenia na zwierzętach stwierdzają przeważnie, że wól i kretynizm mogą powstawać także bez działania wody. 4) Doświadczenia epidemiologiczne, dotyczące występowania i znikania wola i kretynizmu w rodzinach i domach wskazują, że należy szukać przyczyny obu tych stanów chorobowych w domach i w mieszkaniach, w najbliższem otoczeniu chorych lub w nich samych. Możliwość przeniesienia czynnika szkodliwego przez jakiegoś pośrednika (Zwischenwirt) jest bardzo prawdopodobna. N.

Halpern. **Serodyagnostyka nowotworów zapomocą odczynu odchylenia dopełniacza** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 17). Autor przeprowadził rozległe badania z pomocą odczynu Dungerna i stwierdził w surowicach 72 przypadków pewnych raków dodatni odczyn w 71 przypadkach (89·8%), w 56 zaś przypadkach nie rakowych 52 odczyny ujemne (92·8%); prócz tego szereg przypadków był niepewny. Te wyniki stwierdzają, że odczyn Dungerna wprawdzie nie rozstrzyga ze ścisłą pewnością rozpoznania nowotworu złośliwego, lecz stanowi metodę bardzo pomocną przy odpowiedniem uwzględnieniu danych klinicznych— dla rozpoznania złośliwych nowotworów. N.

Krecke. **Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 11). Wobec tego, że często miesza się dwie sprawy chorobowe podobne do siebie, t. j. przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, przebiegające bez napadów i przewlekłe zapalenie jelita grubego, zestawia autor na podstawie swego bogatego doświadczenia następujące punkta wytyczne dla rozpoznania różniczkowego: 1. Charakter bólów przy zapaleniu wyrostka jest z reguły kłujący lub świdrujący, natomiast przy zapaleniu okrężnicy przeważa raczej uczucie ciśnienia lub gniecenia. 2. Siedzibą dolegliwości przy zapaleniu wyrostka jest przedewszystkiem okolica prawego talerza biodrowego, przy zapaleniu okrężnicy zaś rozpromieniają się bóle po całym brzuchu. 3. Występowanie bólów napadowe przemawia raczej za zapaleniem wyrostka. 4. Zależność i związek dolegliwości z fizycznymi wysiłkami, miesiączkowaniem, przemawia bardziej za zapaleniem okrężnicy; bóle przy zapaleniu wyrostka są niezależne od wpływów zewnętrznych. 5. Punkt bolesny Mac Burneya świadczy z wielkiem prawdopodobieństwem o przewlekłem zapaleniu wyrostka; o ile podobne punkta uciskowe stwierdza się w innych miejscach brzucha, zwłaszcza w okolicy zagięcia esowatego, zachodzi prawdopodobieństwo schorzenia jelita grubego. Pamiętać należy, że przy przewlekłem zapaleniu wyrostka, zwłaszcza w postaciach powracających, może nie być wcale punktu bolesnego. 6. Oporność pasmowata lub poduszkowata okolicy kątnicy przemawia prawie zawsze za schorzeniem jelita grubego. 7. Zaburzenia stolca, zaparcie, nieprawidłowe fermentacye, stolce śluzowe przemawiają za schorzeniem jelita grubego, które może być następstwem lub przyczyną przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. 8. Poprawa dolegliwości pod wpływem leczenia fizyczno-dyetetycznego przemawia przeciw zapaleniu wyrostka. 9. Ogólne przypadłości nerwowe przemawiają przeciw zapaleniu wyrostka. N.

Glaesner i Sigmund. **Skurcz odźwiernika.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 11). Z badań autorów wynika, że kwas solny sam nie jest zdolny wywoływać zamykania się odźwiernika i że z ilości kwasu solnego w żołądku nie można wyciągać wniosków ani o fizyologicznym odruchu odźwiernikowym, ani o skurczu odźwiernika. Główną rzeczą w tych razach jest stosunek między kwaśnością żołądka, a alkalicznością dwunastnicy; stąd wynika, że w przyszłości przy wszystkich schorzeniach żołądka należy dużą wagę kłaść na zjawiska wydzielnicze, zachodzące w dwunastnicy z uwzględnieniem wydzielania trzustki i wątroby. N.

Faulhaber. **Rozpoznawanie i leczenie przewlekłego wrzodu odźwiernika.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 17—18). Wrzód odźwiernika przewlekły daje znany, dobrze scharakteryzowany zbiór objawów, na podstawie którego można w przeważnej części przypadków trafnie go rozpoznać. Do znanych objawów wrzodu żołądka wogóle, jak kardyalgia, krwawienie (jawne lub utajone), wymioty i t. d., dodaje autor jeszcze trzy inne, bardzo ważne i znamienne dla rozpoznania, t. j. peryodyczność dolegliwości, ciągłe wydzielanie nadmierne i kurcz odźwiernika. Objaw ostatni (kurcz) stwierdza się tylko przy wrzodzie, usadowionym w samym odźwierniku lub w jego najbliższem otoczeniu, a nie przy wrzodach dalej od odźwiernika leżących. Kurcz odźwiernika można łatwo i pewnie stwierdzić zapomocą badania rentgenologicznego. Co się tyczy leczenia, to ponieważ leczenie wewnętrzne w $^2/_3$ przypadków nie odnosi skutku, należy zdaniem autora wrzód odźwiernika uważać za sprawę chirurgiczną. N.

Sommerfeld. **Przyczynek do rozpoznania różniczkowego wrzodu żołądka a wrzodu dwunastnicy.** (Arch. f. Verdkrankh. T. XIX, Z. 1). Autor podaje do-

kładne zestawienie zapatrywań nauki obecnej chwili o wrzodzie dwunastnicy i jego stosunku do wrzodu żołądka i omawia dokładnie symptomatologię na podstawie własnych 44 przypadków (11 przypadków wrzodu żołądka okolicy odźwiernika, 12 przypadków wrzodu odźwiernika i 21 przypadków wrzodu dwunastnicy). Główne objawy są następujące: bóle występujące w kilka godzin po jedzeniu, ewentualnie w czasie głodu, usadowienie bólów w prawem nadpępczu, określony ból na ucisk i opukiwanie, punkty uciskowe na grzbiecie, silniejsze napięcie prawego mięśnia prostego brzucha, wymioty, nadmierne wydzielanie, krwawienia, wybitna okresowość dolegliwości, wreszcie wynik badania rentgenologicznego. Autor jest tego zdania, że tylko zespół kilku powyższych objawów można zużytkować do rozpoznania wrzodu dwunastnicy. N.

Reichmann. **Rokowanie i leczenie gruźliczego zapalenia opon mózgowych.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 20). Zapalenie gruźlicze opon mózgowych może w bardzo rzadkich przypadkach wyleczyć się, co więcej liczba wyleczonych przypadków w ostatnich czasach nawet wzrasta; we wszystkich tych razach bez wyjątku główną zasługę pomyślnego wyniku przypisuje się nakłuciu lędźwiowemu. Autor, choć nie twierdzi, by nakłucie wyłącznie miało leczyć zapalenie opon, to przecież uważa je bezwątpienia za bardzo skuteczny zabieg leczniczy, który powinien być stosowany we wszystkich przypadkach, gdzie zachodzi zamroczenie świadomości, i to stosowany dopóty, aż spostrzeże się korzystne działanie na sensoryum. Przy tem wszystkiem należy zwrócić jeszcze główną uwagę na odżywianie chorego. N.

Gaisböck. **Farmakodynamika i lecznicze stosowanie adrenaliny.** (Ther. Monatshefte, Z. 8). Autor nakreśla najpierw ogólny pogląd na działanie fizyologiczne adrenaliny w doświadczeniach na zwierzętach, ujawniające się głównie w podnieceniu zakończeń nerwowych układu współczulnego. Sposób użycia tego środka w medycynie klinicznej od początku stosowania jego był głównie śródżylny, później podskórny, gdy po wstrzykiwaniach śródżylnych spostrzeżono nieraz gwałtowne objawy działania ubocznego. Szczególnie dobre wyniki opisują w leczeniu włóknikowego zapalenia płuc (0·5—2 mg w przerwach 1—2-godzinnych, do 12 mg dziennie przez 4—5 dni), oraz w dychawicy oskrzelowej; zwłaszcza przy tej chorobie spostrzegał G. prawie natychmiastowe znikanie duszności, rzężeń, rozwodnienie plwociny, oraz ułatwienie wykrztuszania; korzystne działanie spostrzegał autor u chorych na rozedmę, a w niektórych przypadkach schorzeń nerek z obrzękami i zmniejszeniem się wydzielania moczu wzmożenie ilości moczu. G. wspomina też o stosowaniu adrenaliny w nerwicach naczynioruchowych. By uniknąć zbyt szybkiego wzmożenia ciśnienia, można wstrzykiwać 20 minut przed adrenaliną morfinę (0·01) lub hyoscynę (0·0003). Po wstrzykiwaniach adrenaliny spostrzegał autor częścią leukocytozę, częścią zwiększenie się nieznaczne leukocytów oraz erytrocytów. Przeciwwskazane jest stosowanie adrenaliny w ciężkich schorzeniach serca, miażdżycy naczyń wieńcowych, zmianach aorty, żył i w stanach wzmożonego ciśnienia krwi. N.

Rutimeyer. **Znaczenie rozpoznawcze badań zaczynów, głównie zaczynu podpuszczkowego w treści żołądkowej przy schorzeniach żołądka.** (Arch. f. Verdkrankh. Bd. XVIII H. 5). Autor przeprowadzał na szerokim materyale klinicznym (ponad 500 badań poszczególnych) badania nad zachowaniem się ilościowem podpuszczki i pepsyny w soku żołądkowym po śniadaniu próbnem Ewalda. Badania ciągnęły się przez szereg lat pięciu; autor powtarzał często badania u tych samych chorych. Dla wykazania zaczynu podpuszczkowego posługiwał się metodą Boasa w modyfikacyi Cohnheima: 3 cm^3 soku żołądkowego w rozc. od 1:10 do 1:360 mieszał z 5 cm^3 mleka gotowanego i $2\frac{1}{2}$ cm^3 1% roztworu chlorku wapnia i pozostawiał w kąpieli wodnej 38° C przez 20 minut. Oznaczanie pepsyny wykonywał według metody Metta. Sok żołądkowy badał możliwie świeży, najpóźniej w 8—10 godzin po wydobyciu. Wyniki badań są następujące: w sokach bez kwasu solnego (achylia, carcinoma, anaciditas nervosa) stwierdził w 80% przypadków działanie podpuszczki w rozcieńczeniu 1:10 i działanie pepsyny w rozcieńczeniu 1:16 przy braku HCl wolnego; przy achylii wartości podpuszczki były bardzo małe (1:10); przy raku 1:40—1:320; przy nerwowej niedokwaśności średnio 1:80. Różniczkowo w przypadkach niejasnych stwierdzenie wielokrotne dodatniego odczynu podpuszczkowego w rozcieńczeniu do 1:10 przemawiałoby raczej za achylią, niż za rozpoczynającym się rakiem. Odczyn podpuszczkowy jest czulszy i delikatniejszy, niż pepsynowy; nawet przy zupełnym braku zaczynów i braku HCl wolnego mogą zaczyny pojawiać się w krótkim czasie. Wydzielanie kwasu solnego wolnego, podpuszczki i pepsyny postępuje niezależnie od siebie. N.

Fuchs. **Przyczynek do leczenia przełomów żołądkowych.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 24). W przełomach żołądkowych, bardzo długo trwających, stosował autor z dobrym wynikiem wstrzykiwania nowokainy-suprareniny do kanału rdzeniowego. W jednym bardzo uporczywym przypadku osiągnął już po dwu wstrzyknięciach szybkie ustąpienie objawów. N.

Laryngologia i otyatrya.

Delsan. **O leczeniu chorób ucha, nosa i krtani w przebiegu chorób zakaźnych i osutek ostrych.** (Sprawozdanie w Sekcyi otyatrycznej XVII międzynar. Zjazdu lekarskiego w Londynie 1913). Po wykazaniu ważnej roli schorzeń, narządu słuchu i górnych dróg oddechowych w przebiegu ostrych chorób zakaźnych i podaniu sposobów zapobiegawczych i leczniczych, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Jest obowiązkiem lekarza uwzględnić w przebiegu ostrych chorób zakaźnych narząd słuchu i górne drogi oddechowe przez dokładne zbadanie także tych narządów. Dopóki zasady nauki o chorobach nosa, gardła i uszu nie są znane i stosowane przez wszystkich lekarzy, powinien lekarz ordynujący w takich przypadkach zasięgać rady i pomocy specyalistów. 2) Po stwierdzeniu powikłania w tych narządach wskazane jest staranne ich leczenie przez lekarza, w tym kierunku wykształconego i doświadczonego. 3) Dla zapobiegania szerzeniu się spraw zakaźnych na uszy, nos i gardło koniecznie jest wskazane zastosowanie szczególnych środków. 4) Lekarze powinni się starać wspólnie ze specyalistami wyszukać najlepsze sposoby zapobiegania powikłaniom usznym i t. d. w przebiegu chorób zakaźnych. Spira.

Coales. **Odradzanie się błony bębenkowej.** (The Laryngoscope, 1913, Nr 6). Autor podaje trzy przypadki, w których mimo długoletniego ropienia usznego otwór w błonie bębenkowej w końcu samorodnie się wygoił. W jednym z tych przypadków poprzednio wielokrotne usiłowania sztucznego zamknięcia błony pozostały bez skutku. Na podstawie własnych i obcych doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Nawet bardzo znaczne otwory w błonie bębenkowej mogą przy sprzyjających warunkach zabliźnić się nawet po wielu latach od początku choroby. 2) Wszystkim błonom bębenkowym właściwa jest wielka odradzalność. 3) Bezskuteczne próby zagojenia otworu w błonie bębenkowej mają przyczynę w jej chwilowo obniżonej żywotności. 4) Przez przeczekanie, poprawę ogólnego stanu zdrowia i wytworzenie lepszych warunków miejscowych można osiągnąć lepsze skutki. 5) Przez zupełne wygojenie przedziurawienia błony bębenkowej można zawsze osiągnąć lepszą ochronę dla głębszych części ucha, niekiedy jednak połączoną z niepożądanem pogorszeniem słuchu. Spira.

Heschl. **Stosunek między przewodnictwem kostnem a powietrznem.** (Monatsschrift f. Ohrenh. 1913. Z. 9). Wy-

niki swoich badań streszcza autor w następujących zdaniach: 1) Gdzie istnieje skrócenie przewodnictwa powietrznego z powodu przeszkody w przewodnictwie fal głosowych, tam zawsze spotyka się przedłużenie przewodnictwa kostnego. 2) Po usunięciu tej przeszkody przewodnictwo powietrzne zawsze się wzmaga, przewodnictwo zaś kostne zawsze się zmniejsza. 3) Przypadki z przeszkodą w uchu środkowem różnią się pod względem zachowania się przewodnictwa kostnego od przypadków z przeszkodą w przewodzie ucha zewnętrznym. W tych drugich po usunięciu przeszkody przedłużenie przewodnictwa kostnego zmniejsza się w równym stopniu ze zwiększającem się przewodnictwem powietrznem. W przypadkach zaś pierwszej kategoryi po usunięciu przeszkody przewodnictwo powietrzne znacznie się zwiększa, przewodnictwo zaś kostne zmniejsza się tylko nieznacznie. Po wyleczeniu choroby może przewodnictwo kostne przy już zupełnie prawidłowem przewodnictwie powietrznem pozostawać bardzo zwiększonem. 4) Poprawa przewodnictwa powietrznego jest największą po pierwszem przedmuchiwaniu powietrza przez trąbki, następne przedmuchiwania wywołują powolnie tylko postępującą poprawę. 5) Percepcya słuchu w różnych prawidłowych przypadkach nie jest całkiem równą. Okoliczność tę należy brać w rachubę przy ocenie wyników badania przypadków chorobowych. 6) Poprawa bystrości słuchu dla mowy różni się w niektórych przypadkach uderzająco od poprawy w przewodnictwie powietrznem. Spira.

Voss. **Zaburzenia słuchu i równowagi w kile.** (Zjazd niem. Towarzystwa otol. w Stuttgarcie 9—10. V. 1913). 1) Cierpienia ucha wewnętrznego w przebiegu kiły są prawie zawsze następstwem zakażenia ogólnego. 2) Częste występowanie tych cierpień w drugim okresie kiły od czasu wprowadzenia salwarsanu należy przypisać zbyt skąpemu dawkowaniu tego środka. 3) Zmiany anatomo-patologiczne, będące podstawą tych cierpień, są w związku z równoczesnemi kiłowemi zmianami opon mózgowo-rdzeniowych i 4) składają się ze zmian zapalnych pnia n. słuchowego i ze zmian zapalnych przy jego zakończeniach obwodowych. 5) Choroba może być jedno lub obustroną i zajmować cały n. słuchowy lub tylko części jego. 6) Rozpoznanie kiłowego zajęcia n. słuchowego zasadza się na stwierdzeniu, że chory przebył kiłę, na znamiennym wyniku badania czynności n. słuchowego, na równoczesnem istnieniu innych objawów kiłowych, nareszcie na poprawie lub wyleczeniu po odpowiedniem leczeniu swoistem. 7) Rokowanie w przebiegu kiłowych zmian n. słuchowego jest we wczesnym okresie kiły tem lepsze, im wcześniej i energiczniej przeprowadza się leczenie. W okresie trzeciorzędnym rokowanie bywa gorszem, z powodu istniejącego już wtedy znacznego zwyrodnienia; można jednak niekiedy i tu osiągnąć wyniki niespodziewane. 8) Najlepszem postępowaniem jest energiczne leczenie kombinowane salwarsanowo-rtęciowe, poparte wewnętrznem podawaniem jodu i środków napotnych. 9) Ilość i dawki salwarsanu bywają w poszczególnych przypadkach różne, a stosuje się je do ustępowania zaburzeń słuchu i równowagi, do zmniejszania się innych objawów kiłowych i do wyniku odczynu Wassermanna we krwi i w cieczy mózgowordzeniowej. 10) Przy stosownem postępowaniu niema obawy szkodliwego działania salwarsanu. W nielicznych przypadkach, w których takie działanie wystąpiło, chodziło o obwodowe zapalenia nerwów, jakie nieraz spostrzegano także po innych środkach arsenikalnych. Spira.

Goldenberg. **Gwizdanie przy chorobach krtani.** (Kuracisto 1913, Nr 6). Autor zauważył, że między skalą śpiewu i gwizdania zachodzi pewien stały stosunek. Skali tenorów i sopranów, która sięga od e do a, oraz barytonów od d do e (f?), odpowiada właściwa skala przy gwizdaniu. Nie zdarza się, aby ktoś miał przy śpiewaniu skalę barytona, a przy gwizdaniu tenora i odwrotnie. Stąd wniosek, że skala gwizdania nie zależy tylko od warg, lecz także i od krtani. Że krtań bierze udział w gwizdaniu, tego dowodzą wspólistniejące ruchy krtani ku górze i dołowi, tak jak przy śpiewie. W dalszym ciągu stwierdza autor, że chorzy, dotknięci porażeniem nerwów krtaniowych, tracą nietylko możność mówienia i kaszlenia, lecz także zdolność gwizdania (poza co najwyżej jedną nutą). Objawu tego niema przy wrzodach gruźliczych i kiłowych, bo w tych przypadkach struny głosowe nie tracą zdolności kurczenia się, lecz tylko zdolność drżenia. Stąd wniosek kliniczny rozpoznawczo-różniczkowy, że jeżeli chory dotknięty jest cierpieniem krtani, a potrafi przytem gwizdać melodyę albo przynajmniej modulować gwizdanie, to wówczas należy przypuścić, że niema u niego porażenia strun głosowych. Blassberg.

Leroux. **Nowa metoda bezpośredniej laryngoskopii** (ortholaryngoscopie autostatique sans suspension). (Congr. franç. d'oto-rhino-laryng. Paryż, maj 1913). Laryngoskopia bezpośrednia według metod Kirsteina i Kiliana wymaga albo trzymania przyrządu przez badającego, albo zawieszenia głowy badanego; ten drugi sposób badania ma tę wyższość, iż obie ręce badającego zostają wolne. Zamiast jednak zawieszania głowy badanego, posługuje się Leroux przyrządem o wiele prostszym, zbudowanym przez Brunesu, który się w ustach badanego trzyma sam, przez co też obie ręce badającego są wolne. Przyrząd ten oparty jest na zasadzie rozwieracza ust, w którym dźwignia przygniata język, a dwa poziome haki, przesuwające się na szynie, przyciągają ku przodowi nagłośnię. Oba te ruchy, a więc przygniecenie języka i przyciąganie nagłośni, odbywają się równocześnie i z równą siłą, wywołane pomału a dokładnie pracującem urządzeniem zębatem, zamykającem się automatycznie, jak w rozwieraczu. Badanie odbywa się w znieczuleniu miejscowem; chory siedzi, z głową silnie w tył odchyloną. Przyrząd z łatwością przez pociśnięcie palcem można z ust wyjąć. Wewnątrzkrtaniowe zabiegi wykonywa się bez trudności. Sposób ten nie sprawia badanemu przykrości, a przytem przyrząd jest bardzo tani w porównaniu do przyrządu do laryngoskopii wieszadłowej Kiliana. A. B.

Grünwald. **Prosty sposób wstrzykiwań tchawiczno-oskrzelowych w dychawicy oskrzelowej.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 25). Zamiast wstrzykiwań przy użyciu bronchoskopu Kiliana, względnie o wiele już prostszym sposobem Ephraima, zaleca Grünwald stosowanie rozczynów znieczulająco-wazotonicznych wprost strzykawką krtaniową. U bardzo wrażliwych trzeba naprzód znieczulić wejście do krtani. Wstrzyknięcie wykonywa się podczas wdechu, następnie puszcza się zaraz język i zaleca się wstrzymanie kaszlu i głębokie oddychanie. Do wstrzykiwań używa Grünwald albo samej adrenaliny 1‰, rozcieńczonej w rozczynie wodnym w stosunku 1:10, w ilości około 1 cm^3, albo w kombinacyi z nowokainą w równych częściach z rozczynu: Novocain 0·30, NaCl 0·08, aquae dest. ad 10·0«. Zazwyczaj wystarczają jedno do dwu wstrzyknięć, by wywołać skutek, nieraz nawet trwały, ale tylko w przypadkach dychawicy, zależnej od obrzmienia śluzówki oskrzeli. W przypadkach zaburzeń oddechowych odruchowych wstrzykiwania nie mają skutku i chybiają celu. A. B.

H. Conradi. **O zwalczaniu błonicy.** (Centr. f. Lar. 1913, str. 395). Ze względu, iż prątek błonicy jest mało odporny wobec kwasów organicznych i że ich działanie trujące na człowieka jest względnie nieznaczne, zaleca Conradi z najrozmaitszych kwasów jako najodpowiedniejszy kwas malonowy, w rozczynie 1%, w postaci płukań, rozpylań czy wziewań. Podobnież kwas ten miałby znaczenie zapobiegawcze w walce z szerzeniem się błonicy. O ileby więc się sprawdziła nadzieja, pokładana w kwasie malonowym, byłby to wielki postęp w zwalczaniu błonicy. A. B.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie w dniu 5. XI. 1913 r.

Na posiedzeniu tem przedstawił m. i. czł. L. Marchlewski dwie prace p. W. Świętosławskiego: »O związkach dwuazowych i azowych«, oraz p. A. Gałeckiego: »Metoda octanowa ilościowego oddzielania żelaza i glinu od manganu«, zaś czł. K. Kostanecki pracę Dr Maksymiliana Rosego: »Cytoarchitektonika przedmóżdża ptaków« (wykonaną w oddziale neurologicznym Zakładu anatomii opisowej w Krakowie).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 29. X. 1913.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 76.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Wachtel przedstawia przypadek **poprzecznego zapalenia rdzenia, leczony** z doskonałym wynikiem **wstrzykiwaniami salwarsanu.**

3) Kol. Prymaryusz Borzęcki przedstawia 19-letniego chorego, który zgłosił się na jego oddział z powodu **owrzodzenia**, zajmującego skórę **napletka**, a trwającego od stycznia 1913. Owrzodzenie zajmuje brzeg napletka, skórę prącia na tylnej ścianie aż do połowy prącia, przedstawia się jako ubytek powierzchowny, o dnie dosyć czystem, brzegach w niektórych miejscach podminowanych, przy ucisku bolesnych. Gruczoły pachwinowe, jak niemniej inne, nie powiększone. W pierwszej chwili przypuszczano wrzód miękki; — szczepienie na skórze brzucha dało wynik ujemny. Wobec braku zajęcia gruczołów, braku krętka bladego, zmian ogólnych, wyłączyć można było zmianę pierwotną. Odczyn Wassermanna, silnie dodatni, wyjaśnił etyologię owrzodzenia. Poddano chorego jeszcze powtórnemu badaniu, przy którem stwierdzono na goleni prawej bliznę rozległą, wiotką, o brzegach ostrych, a powstałą, jak chory podaje, po owrzodzeniu, jakie tam było przed 9 laty. Przy tej sposobności zwraca mowca uwagę na pierwszorzędne znaczenie w kierunku rozpoznawczym odczynu Wassermanna.

4) Kol. Prof. Browicz wygłosił wykład: **Czy rak pojawia się obecnie częściej, czy też nie?** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabrał głos kol. Nowaczyński: Do spostrzeżeń Rektora Browicza dodać chcę kilka uwag i ze strony klinicznej. Przedewszystkiem przyznać należy najzupełniejszą słuszność poglądom Rektora Browicza, tyczącym się wogóle wartości statystyk raka, jakiekolwiekby one były. Prawdą jest, że żadna statystyka raka, czy to oparta na materyale sekcyjnym, czy klinicznym, czy innym, nigdy nie będzie idealną, zawsze bowiem okaże pewne braki; jednakże sądziłbym, że i tym klinicznym statystykom nie można odmawiać niejakiej wartości, tak, że o ile na ich podstawie nie można czynić wniosków ogólnych, to przecież mogą one mieć pewną wartość czysto miejscową. — Pytanie, czy rak narządów wewnętrznych (gdyż te mam na myśli), częściej się pojawia obecnie, niż dawniej, zaciekawiało nas także, tembardziej, że zauważyliśmy w ostatnich latach jakby zwiększanie się ilościowe przypadków raka. Toteż z polecenia Prof. Jaworskiego zestawiłem z początkiem r. b. statystykę raka narządów wewnętrznych u chorych, zgłaszających się do ambulatoryum krakowskiej kliniki medycznej. Z góry zaznaczam, że statystyka ta nie jest ścisła i pewna i nie ma tej wartości, co statystyka, oparta na materyale anatomo-patologicznym, ustąpić też musi co do wartości przed statystyką raka, zebraną choćby z materyału kliniki stałej, głównie dlatego, że jest statystyką ambulatoryjną. Różnica bowiem zachodzi duża, czy rozpoznajemy raka jakiegoś narządu wewnętrznego na podstawie dłuższej obserwacyi klinicznej z uwzględnieniem klinicznych metod badania, czy też rozporządzamy tylko rozpoznaniem ambulatoryjnem, które z konieczności musi być pobieżne, względnie nie może być dokładne nawet mimo tej okoliczności, iż od szeregu lat systematycznie w ambulatoryum kliniki medycznej stosuje się n. p. w każdym przypadku podejrzanym schorzenia żołądka badanie zgłębnikiem. Różnica ta tem wyraźniej wystąpi, gdy się porówna rozpoznanie kliniczne z rozpoznaniem na stole sekcyjnym, gdzie ręka, nóż, wreszcie badanie mikroskopowe daje nam zupełnie pewne wyniki. — Z innych też powodów, zresztą zrozumiałych, statystyka moja nie może być zupełna, gdyż obejmuje tylko część przypadków zgłaszających się do kliniki medycznej: zważyć bowiem trzeba, że inna część zgłasza się do innych klinik, głównie chirurgicznej. Powtóre statystyka ta, będąc ambulatoryjną, nie może wciągnąć w rachubę przypadków raka u wszystkich warstw społecznych, lecz musi się ograniczyć do warstw najniższych. W każdym razie, ograniczając się tylko do tego zakresu przypadków, oraz uwzględniając dość długi okres czasu, bo 22 lat, sądzę, że można czynić pewne wnioski, czysto miejscowe, o częstości raka dawniej a teraz.

Przystępując teraz do samej statystyki, zaznaczam, iż jest ona niezupełną; zestawiłem bowiem w niej poza ogólną liczbą chorych mężczyzn i kobiet w poszczególnych latach, tylko raki narządów, jakie najczęściej się spotyka, t. j. żołądka i przełyku, przyczem uwzględniłem stosunki odsetkowe; pominąłem zaś na razie raki innych narządów (wątroba, jelito, narządy moczowo-płciowe), zresztą bardzo skąpe w naszej statystyce, wreszcie pominąłem zestawienie według wyznania, wieku i t. p. — Czy więc na podstawie tej statystyki możemy wysnuć pewne wnioski co do większej dziś częstości raka? Musimy odpowiedzieć sobie, że nie, nie stwierdzamy bowiem ani wśród przypadków raka przełyku, ani żołądka, ani u mężczyzn, ani u kobiet, żadnych dowodów, jakoby przypadki raka wzrastały, czy też zmniejszały się. Również i obliczenia odsetkowe nie dają wyraźnych różnic między poszczególnemi latami; natomiast może znajdziemy pewne, choć nieduże różnice, gdy porównamy ogólne cyfry raków nie z poszczególnych lat lecz z dwu okresów lat, liczących po 11 lat (od 1870/71 do 1900/901 i od 1901/902 do 1911/1912). Stwierdzamy wśród raków przełyku w I. okresie u mężczyzn 70 przyp. czyli 0·4%, w II zaś 89 przyp., czyli 0·49%, więc o 0.09%

więcej; u kobiet: w I okresie 13 przyp. = 0·09%, w II 17 przyp. = 0·1%; wśród raków żołądka u mężczyzn: w I okresie 237 przyp. = 1·36%, w II okresie 267 przyp. = 1·47%, a więc o 0·09% więcej, u kobiet zaś w I okresie 119 przyp. = 0·8%, w II 112 przyp. = 0·6% czyli o 0·2% mniej. W końcu chcę nadmienić, że płeć odgrywa wielką rolę w częstości pojawiania się raka w tych narządach, gdyż stwierdzamy raków przełyku u mężczyzn za czas 22 lat 160 przyp. = 0·4%, natomiast u kobiet tylko 30 = 0·09%, raków zaś żołądka u mężczyzn 514 = 1·4%, u kobiet zaś tylko 231 = 0·7%.

Następnie przemawiali kol. Prof. Rosner, prof. Jaworski, Dr Janiszewski, prof. Kostanecki, prym. Borzęcki, Dr Blassberg i prof. Browicz.

Posiedzenie z d. 5. XI. 1913.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 182.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes zawiadamia, że stosownie do uchwały wydziału Tow. lek. krak. z d. 29. X. 1913, wysłano adres do Dra Alfreda Sokołowskiego z okazyi jego jubileuszu.

3) Jako gości powitał prezes inżyniera Lisa i kolegę Brzezińskiego z Zakopanego.

4) Na członka Towarzystwa przyjęto kol. Dra Mieczysława Kramarzyńskiego.

5) Kol. Prof. Rosner wygłosił wykład: **Röntgen i rad w terapii ginekologicznej**.

Dr J. Zubrzycki, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

Posiedzenie z d. 4. VI. 1912.

Obecnych 16 członków. Przewodniczący Dr Jaworowski. Sekretarz Dr Dziemski.

1) Prezes podaje do wiadomości zaproszenie komitetu I Zjazdu higienistów polskich we Lwowie do wzięcia udziału w pracach Zjazdu.

2) Kol. Rogoziński przedstawia 1) chorą po operacyi **raka sutka** metodą Pansiniego, 2) chorego po operacyi **wypadania kiszki prostej** metodą Rehn Delormea.

W dyskusyi a) K. przewodniczący zaleca przy wypadnięciu kiszki prostej faradyzacyę jako środek bardzo skuteczny. — b) K. Cynberg mówi o leczeniu ogólnie wzmacniającem.

3) Kol. Modrzewski pokazuje 2 **wyrostki robaczkowe** i zaznacza, że zmiany w wyrostkach są bardzo znaczne w przeciwstawieniu do względnie słabych objawów klinicznych.

W dyskusyi Kol. Borsukiewicz nadmienia, że pierwszy napad u jednego chorego był bardzo lekki i przebiegał przy niskiej ciepłocie.

4) Kol. Czerwiński przedstawia: 1) preparat macicy z rozpoczynającym się **rakiem części pochwowej** i obustronnymi **wodniakami jajowodów**, 2) macicę w 3 miesiącu ciąży z **włókniakiem** wielkości głowy dorosłego człowieka, 3) jajowód pęknięty tuż przy wyjściu z macicy z powodu dwumiesięcznej **ciąży jajowodowej**.

5) Kol. Dziemski przedstawia chorego w wieku lat 11 z prawostronnem połowiczem **porażeniem dziecięcem** (hemiparesis dextr. infantilis) wskutek zapalenia mózgu (encephalitis). Niedowładowi towarzyszyły ruchy atetotyczne. Chłopiec po 2-miesięcznym pobycie opuścił szpital, jako wyleczony; obecnie ruchy atetotyczne, aczkolwiek w słabym stopniu, znowu się pojawiły.

6) Kol. Arnsztajn odczytuje szczegółowo opracowany przypadek kazuistyczny i przeprowadza rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zapaleniem wsierdzia i **durem z zapaleniem wsierdzia** (typhus cum endocarditide).

W dyskusyi Kol. Dziemski zaznacza, że za durem w danym przypadku przemawia najwięcej dodatni odczyn Widala, zwłaszcza wobec faktu, iż chory nigdy przedtem na dur nie chorował. Dodatni odczyn Widala może wprawdzie wystąpić i u chorych na żółtaczkę, ale w danym przypadku żółtaczki nie było. Brak objawów ze strony jelit nie wyłącza tu duru, istnieje bowiem cały szereg przypadków duru, w których schorzenia jelit niema wcale lub bywa bardzo nieznaczne. Usadowienie się sprawy w jelitach nie stanowi istoty duru. Choroba ta jest zatruciem ustroju endotoksynami, które powstają pod działaniem na prątki durowe ochronnych sił ustroju — bakteryolizyn. Im energiczniej ustrój chorego wytwarza bakteryolityczne ciała ochronne, tem większa ilość endotoksyn wyswobadza się przy bakteryolizie prątków durowych i jad tych prątków wywołuje schorzenie poszczególnych narządów, najczęściej zaś jelit. Obraz kliniczny duru i ostateczne zejście choroby zależy przedewszystkiem od ilości endotoksyn, jaka powstaje w ustroju przy nieustannej bakteryolizie. — b) K. Jasiński, zestawiając przytoczone w referacie dane z dodatnim odczynem Widala, wyraża mniemanie, że w danym przypadku był dur. — c) K. Cynberg przy rozpoznawaniu duru opiera się na zaburzeniach ze strony jelit i jest tego zdania, że przy durze zawsze są owrzodzenia w jelitach. — d) K. Czerwiński, powołując się na ogromną liczbę przypadków duru, spostrzeganych na Dalekim Wschodzie podczas wojny, kiedy w szpitalach nie wolno było rozpoznawać duru bez dokładnego odczynu Widala, twierdzi, że jednak nie spotykał tam powikłań ze strony serca. — e) K. Dziemski zaznacza, że nie we wszystkich epidemiach bywają jednakowe powikłania.

Posiedzenie doroczne z d. 4. VII. 1912.

Obecnych 17 członków. Przewodniczący Dr Aleksander Jaworowski. Sekretarz Dr Dziemski.

1) Kol. Dziemski przedstawia chorego z **gonokokcemią**. W ropie z ropnia, który po 7 miesiącach choroby utworzył się około kręgosłupa, wykryto dwoinki wiewiórowe.

2) Kol. Dobrucki przedstawia a) chorą po **resekcyi kątnicy** wskutek **gruźlicy**, b) szereg wyjętych **wyrostków robaczkowych**.

3) Kol. Czerwiński przedstawia szereg preparatów anatomicznych: a) przypadek **przetoki pęcherzowo-pochwowej** przez siebie operowanej; b) preparat złośliwie zwyrodniałego (sarcoma) **włókniaka macicy**, wielkości główki noworodka; na preparacie widać zrośniętą z guzem część sieci i przebiegające w niej żyły grubości małego palca; guz siedział na nóżce na samem dnie macicy; nóżkę klinowatem cięciem usunięto z miąższu macicy, która pozatem przedstawiała się zupełnie prawidłowo; c) **włókniak** ogromnych rozmiarów, który, rozwijając się podotrzewnie z tylnej ściany szyjki macicznej, wypełnił całą zatokę Douglasa; po nacięciu na nim otrzewnej dał się guz wyłuszczyć z nadzwyczajną łatwością; macicę amputowano nadpochwowo, zostawić jej nie było można z powodu zupełnego zniszczenia tylnej ściany.

B. Dziemski.

Towarzystwo lekarzy polskich w Ameryce.

Posiedzenie doroczne w d. 18 września 1913 r. w Detroit (Michigan)

Na dorocznem posiedzeniu Towarzystwa (istniejącego drugi rok, a łączącego oba polskie Towarzystwa lekarskie z Chicago i Detroit oraz lekarzy-Polaków w innych miastach Stanów Zjednoczonych w jeden związek ogólny) powzięto ważne uchwały w sprawie zwalczania partactwa, panoszącego się w prasie codziennej przez ogłaszanie się wszelakiego rodzaju szarlatanów, oraz wybrano komisyę, która ma działać w sprawie zwalczania partactwa wspólnie z inspektorami rządowymi w poszczególnych Stanach.

Następnie załatwiono sprawy, dotyczące rozwoju Stowarzyszenia, sprawę wynagrodzenia lekarzy w niektórych polskich towarzystwach ubezpieczeń, omawiano referaty i uchwalono odbywać co roku Zjazdy Stowarzyszenia.

W skład nowoobranego zarządu wchodzą: prezes Dr E. F. Fronczak (Buffalo N. Y. 806 Fillmore Avenue), Dr K. Żurawski (Chicago Ill. Reliance Bldg 32 n. State str.), Dr Stan. Borowiak (Buffalo N. Y. Broadway), Dr Edm. P. Koneczny (Detroit Mich. 1335 St. Aubin Ave.).

Sekretarz: Dr B. W. Pasternacki.
(Detroit Mich. 206 Breitmeyer Bldg).

Wrażenia z pobytu na VI Zjeździe międzynarodowym dla elektrologii i radyologii ogólnej i lekarskiej w Pradze Czeskiej w październiku r. 1912.

Napisał

Inż. Alfred Rundo,

laborant pracowni elektrotechnicznej (Dyr. prof. inż. H. Merczyng) przy Instytucie inżynierów komunikacyi Cesarza Aleksandra I w Petersburgu.

(Odczyt wygłoszony w Wydziale przyrodniczym Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu d. 5/18 grudnia 1912 r.).

Wrzesień r. 1912 wypadło mi spędzić w Austryi i na Węgrzech. W czerwcu otrzymałem odezwę komitetu organizacyjnego Zjazdów elektro-radyologicznych, iż zwołany na lipiec Zjazd praski zostaje odłożony na pierwsze dni października. Czyż mogłem przeto oprzeć się pokusie zawitania na ten czas do starożytnego grodu Wacławowego, mając w perspektywie usłyszeć przemowy d'Arsonvala, Curie-Skłodowskiej i Ostwalda, ujrzeć wielkich badaczy współczesnych, Lenarda, Lorentza i Rutherforda?

I jeżeli trochę przestraszał mnie wchodzący w skład Zjazdu element wiedzy lekarskiej, to znów otucha wstępowała we mnie, gdym czytał odezwę komitetu, iż Zjazd ten po raz pierwszy poświęci swą uwagę ogólnym badaniom radu i w zadaniu tem będzie wspierany przez wszystkie uniwersytety i szkoły wyższe Austryi, a w pierwszym rzędzie przez osobny Instytut badania radu, znajdujący się pod berłem Wiedeńskiej Akademii umiejętności. Jednakże Zjazd nie dotrzymał obietnic swego komitetu organizacyjnego i zacieśnił granice swej kompetencyi prawie wyłącznie do zastosowań lekarskich radyo- i elektrologii, a nader ciekawa wycieczka do pracowni Prof. Meyera w Wiedniu zamieniona została, i to prawie w ostatniej chwili, na zwiedzenie Domu zdrojowego w Cieplicach. Okoliczność ta powiązana zresztą była z przyczynami głębszej natury, niż mi się z początku zdawało.

Otóż organizacyi Zjazdu odrazu towarzyszyła niechęć ze strony niemieckich, a nawet niektórych czeskich organizacyi naukowych. Unde ira? Niektórzy członkowie komitetu organizacyjnego utrzymują, iż niechęć ta zrodziła się na tle nacyonalizmu. Praski uniwersytet i technika niemiecka ogłosiły w pismach praskich, iż przyczyną ich wymówienia się od udziału było zwołanie Zjazdu przez sekretarza komitetu organizacyjnego Dra Slavika na r. 1912, t. j. w terminie, uznanym przez Wydział lekarski i filozoficzny w Pradze za nieodpowiedni dla poważnej pracy organizacyjnej. Były prócz tego, być może, i inne przyczyny, gdyż ostatecznie można było stwierdzić zupełne usunięcie się od udziału w kongresie nietylko całego świata naukowego przyrodników i lekarzy niemieckich (Austrya i Niemcy), lecz także nieobecność Anglików.

W każdym razie stała Komisya organizacyjna zjazdów radyologicznych powinnaby w przyszłości dołożyć wszelkich starań, by prywata ze spraw naukowych była całkowicie usunięta i co najważniejsza, by odezwy komitetu jaknajściślej objaśniały ogół o istotnym stanie rzeczy w sprawach, mających tak donosłe i powszechne znaczenie.

Obecny Zjazd był VI z kolei zjazdem, poświęconym nowym względnie gałęziom wiedzy przyrodniczej i lekarskiej. Po pierwszym z nich, zwołanym w r. 1900 w Paryżu staraniem »Towarzystwa elektroterapeutów francuskich«, nastąpiły zjazdy w Bernie, Medyolanie, Amsterdamie i Barcelonie. Organem towarzystwa i zjazdów są wydawane w Lille przez Prof. Doumer »Annales d'electrobiologie et de radiologie«.

Uroczyste otwarcie Zjazdu odbyło się 3 października w Panteonie Muzeum narodowego w obecności namiestnika ks. Thun-Hohenstein, delegatów ministeryalnych z Wiednia, delegacyi urzędowych niektórych państw, towarzystw naukowych i t. d. Mowę inauguracyjną wygłosił prezes komitetu miejscowego, profesor politechniki czeskiej w Pradze, Stoklasa, poczem przemawiał książę Hohenstein i burmistrz Dr Groš.

Prof. Stoklasa za temat swej mowy obrał »Cuda radyologii« i w zwięzłym zarysie przypomniał główniejsze etapy badań, tak niezwykle obfitujących w odkrycia pierwszorzędnej wagi i znaczenia. Rok 1879 dał odkrycie przez Crookesa promieni katodalnych, w ślad za czem szereg badań nad naturą zjawisk, towarzyszących wyładowaniom elektrycznym w środowiskach gazowych, z któremi są związane imiona Hittorfa, Plückera, Goldsteina, a ostatnio Thomsona, Wiena i les Coudres. W r. 1895 odkrył Röntgen, iż poza rurą Crookesa promienie katodalne dają początek powstaniu innych promieni, które to promienie, dziś już dokładnie zbadane, wówczas dla ich zagadkowych własności, między któremi główną przenikanie przez nieprzeźroczyste dla światła ciała, nazwane zostały X-promieniami. Rok 1896 w dziejach radyologii zapisany jest złotemi zgłoskami dzięki odkryciu, które pośrednio doprowadziło do odkrycia radu. Prof. Becquerel zauważył w tym czasie, iż sole uranowe, które przez długi czas były przechowywane w ciemni (w przeciwieństwie do znanych już przed tem zjawisk fosforescencyi i fluorescencyi ciał, poddanych poprzedniej insolacyi), są źródłem niewidzialnych promieni, zdolnych do chemicznego oddziaływania na płytę fotograficzną, zamkniętą w kasecie z cienkiego metalu. Przy zwiększeniu zawartości uranu w owych związkach, odczyn chemiczny potęgował się. Wkrótce potem w r. 1898 Curie-Skłodowska stwierdziła, iż własność ta cechuje nietylko uran i jego związki, ale tor i inne pierwiastki, które otrzymały miano promieniotwórczych. Dalsze badania Curie-Skłodowskiej, do których została użyta t. zw. smolna ruda uranowa (Uranpecherz, Pechblende) dowiodły, że tlenek uranu posiada własności promieniotwórcze w daleko silniejszym stopniu, niż metaliczny uran, praźródło promieni Becquerela. Drogą mozolnych i cierpliwych badań odnalazła Skłodowska owe tajemnicze źródła tej niezwykłej promieniotwórczości joachimstalskiej smoły uranowej w postaci nowych pierwiastków: 1) polonu i 2) radu. Potem nastąpił szereg odkryć nowych promieniotwórczych elementów: 3) radyotelluru przez Marckwalda również z rudy joachimstalskiej; 4) actinium przez Debierna, pokrewnego lanthanowi i identycznego z opisywanym przez Giescha elementem; 5) emanium; 6) radyotoru w szlamie cieplic Baden-Badenu przez Elster i Geitla i nakoniec przez Hoffmana i Straussa; 7) radyo-ołowiu. Wszystkie te ciała przypuszczalnie stanowią nie samodzielne pierwiastki, lecz stany poszczególne transformacyi radu, uosobiającego niejako ideę średniowiecznej alchemii o przemianie ciał.

Prof. Stoklasa wskazał następnie na wpływ promieni Becquerela na sprawy biologiczne, którą to część swej mowy rozwinął następnie dokładniej w oddzielnym referacie i w wykładzie, wygłoszonym podczas zwiedzania stacyi doświadczalnej przy Muzeum rolniczem. Tej samej sprawie był poświęcony referat Prof. Becquerela z Paryża, bratanka znakomitego badacza.

Becquerel junior i Stoklasa podali szereg nowych spostrzeżeń, dopełniających znane badania Dautwitza, Fabrea, Klinga, i Heberta. Wynik spostrzeżeń Becquerela i Stoklasy może być streszczony w zdaniu następującem: O ile działanie większych dawek promieni uranowych jest szkodliwe, a często zabójcze dla ustroju roślinnego, o tyle słabsze dawki ich wywołują silniejszy rozwój tegoż. Największy wpływ w tym kierunku wywierają promienie α i β.

Badania swe prowadził Prof. Stoklasa nad substancyą promieniotwórczą »in crudo« w postaci 1—2 gr. smoły joachimstalskiej, którą umieszczał w doniczkach, jak również nad emanacyą, wydzielaną z szybu Wernera w Joachimstalu, której promieniotwórczość jest bardzo znaczną — wynosi bowiem około 600 jednostek Mache. Pod wpływem wody promieniotwórczej nasiona poczynały kiełkować już po 24—35 godzinach, gdy w zwykłych warunkach kiełkowanie następowało dopiero po 70—80 godzinach. Prof. Stoklasa dopatruje się analogii w biologicznem działaniu ciemnych promieni uranowych, oraz pozafiołkowych. Dla badań co do promieni pozafiołkowych użyto buraków cukrowych, których korzenie trzymano w ciemni w przeciągu 2 miesięcy. Wówczas hodowle buraków podzielono na 3 grupy, z których jedną nadal pozostawiono w ciemni, drugą wystawiono na działanie światła dziennego, trzecią zaś poddano działaniu promieni lampy rtęciowej, t. zw. kwarcowej (AEG. 110 volt, 4 amp., z abażurem — odległość lampy od korzenia 45 cm). Oświetlanie buraków trwało około 14 godzin, każde z osobna. Już po jednej godzinie działania pozafiołkowych promieni dało

się zauważyć zazielenienie się liści, a po 2 godzinach liście silnie się zabarwiły, natomiast te, które nadal pozostawały w ciemni, prawie nie zmieniły swej blado-żółtej barwy. W budowie morfologicznej liści daje się zauważyć również znaczna różnica. Ząbkowanie brzegów liścia, wybitny rozwój nerwów nietylko pierwotnych, lecz i wtórnych, sztywność liści i zdolność zachowania świeżej barwy w wodzie po tygodniu — oto skutki i cechy działania promieni pozafiołkowych. Zaznaczamy, że przy doświadczeniach Prof. Stoklasy lampa miała abażur szklanny, nie przenikliwy dla promieni o długości fali mniejszej niż 300 $\mu\mu$ i przenikliwy dla promieni, których $\lambda = 300—400$ $\mu\mu$, charakteryzujących promienie pozafiołkowe. Dopiero po 4-godzinnem działaniu promieni pozafiołkowych nastąpiła zmiana zabarwienia komórek naskórka z zielonego na brunatne wskutek zniszczenia protoplazmy nabłonka. Znacznie szybszem jest działanie tych promieni na mykoplazmę bakteryi. Po 10 sekundach bakterye azotowe były zupełnie zniszczone.

Obszerniej, niż to mógł uczynić w mowie inauguracyjnej Prof. Stoklasa, przedstawił istotę promieniotwórczości i jej objawy i zastosowania Prof. Bertolotti z Turynu. Przedewszystkiem zaznaczył Prof. Bertolotti, iż promienie, wysyłane przez rad i jemu pokrewne ciała, są niejednolite i mogą być podzielone na 3 główne grupy α, β i γ.

Promienie α są uważane za materyalne cząsteczki, niosące dodatnie ładunki elektryczne, cząsteczki, obdarzone szybkością 10 razy mniejszą, niż szybkość fal świetlnych. Własność przenikania przez ekrany posiadają w najmniejszym stopniu z wyżej wymienionych grup β i γ. Wystarcza często cienka blaszka metaliczna, arkusz papieru, by zatrzymać w biegu ich pasmo. Wywołując silną fosforescencyę niektórych ciał, działają promienie α bardzo niszcząco na tkanki organiczne, np. naskórek i wywołują silną jonizacyę powietrza. Oddziałują na działanie pola magnetycznego, odchylając się od niego nieznacznie. Promienie β odchylają się daleko silniej i w stronę przeciwną, jako obarczone ładunkami elektryczności ujemnej, pędzą w przestrzeni z olbrzymią szybkością, równą szybkości światła i w daleko większym stopniu przenikają przez metale; 5—10 mm gruba blacha ołowiana nie stanowi dla nich przeszkody. Chemiczne i jonizacyjne ich działanie jest słabsze, niż promieni α. Promienie γ są przypuszczalnie nie gradem pocisków materyalnych, jak α i β, lecz drganiami eteru, zbliżonemi do X promieni. Są one obojętne na działanie pola magnetycznego, drgają z szybkością fal świetlnych i przenikają nader łatwo: 10 centymetrów płyty ołowianej nie zdoła ich zatrzymać i przeto nader łatwo przechodzą przez układ kostny i tkanki ciała ludzkiego. Ilość ich w snopie promieni Becquerela jest bardzo nieznaczna — około 1%.

Działanie substancyi promieniotwórczych przejawia się w całym szeregu objawów energetycznych, bądź elektrycznych, jak jonizacya czyli rozszczepianie ładunków elektrycznych gazów, bądź świetlnych, jak fosforescencya ciał promieniotwórczych i zabarwianie stałe ciał obcych, stykających się z niemi, jak np. szkła retort na brunatny lub fioletowy kolor, bądź cieplnych.

Charakteryzując lecznicze własności ciał promieniotwórczych, zwraca Prof. Bertolotti szczególną uwagę na szlam z rudy uranowej powstały, a obfitujący według ostatnich spostrzeżeń w aktyn. Promieniotwórczość szlamu tego jest 50 razy większa od najsilniejszych gatunków szlamu z cieplic; jest ona jednak bardzo nieznaczna w porównaniu z promieniotwórczością uranu, a co za tem idzie, z promieniotwórczością przetworów radowych używanych w lecznictwie. Wyrównywa się to w znacznym stopniu tem, iż szlam posiada powierzchnię czynną daleko większą, niż preparaty solne, zwykle używane.

Czemże jest emanacya, ów wyziew tajemniczy, niewidzialny, właściwy wielu źródłom, z głębi ziemi pochodzącym, znikający szybko, gdy wodą źródła miejsce swego wytrysku opuszcza?

Jestto gaz, ulegający prawu Mariottea, mogący przechodzić z naczynia do naczynia, a nawet dyffundować, zbierający się nad powierzchnią rozczynu, w którym jest zawarty, ciekły przy 150° C, niewidzialny przy przepuszczaniu powietrza przez wodę, w której jest zawarty, wydzielający się z rozczynu, z natury chemicznej bierny, typu argonu, lecz promieniotwórczy w silniejszym stopniu, niż sam nawet rad i wysyłający różnorodne gatunki promieni α, β i γ. Promieniotwórczość emanacyi jest wszakże bardzo niestałą, w przeciągu 4 dni zmniejsza się o połowę. Jednym z bardziej stałych stanów emanacyi jest t. zw. radium D-gazowe. Jej przemianą jest gaz, odkryty przez Lokyera w widmie słonecznej fotosfery, nazwany przez niego helium. Emanacya owa, wysyłana przez ciała promieniotwórcze, jest przyczyną zjawiska t. zw. indukowanej promieniotwórczości, polegającego na tem, iż ciała bierne w zetknięciu z emanacyą same nabierają własności promieniotwórczych.

Jakie są jej własności fizyologiczne? Emanacya pobudza przemianę materyi, wywołuje zwiększenie się ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych, lekkie zmniejszenie się białych, zwiększa zużycie tlenu i wydzielanie się z ustroju kwasu węglowego. Nader ciekawy jest jej stosunek do kwasu moczowego. Badania Hisa i Gutzenta stwierdziły, iż kwas ten staje się bardziej rozpuszczalnym we krwi, zmieniając jedną z form izomerycznych moczanu jednosodowego na drugą, niestałą i rozpuszczalną. Stąd ów dobroczynny wpływ emanacyi na przebieg leczenia dny, stwierdzony przez wybitnych klinicystów (His, Nobels i Haret). O ile jednak prawie wszyscy badacze zgadzają się co do leczniczego znaczenia emanacyi radowej, o tyle niema zgodności poglądów na mechanizm jej działania. Jedni przypisują to wchłanianiu emanacyi, przedostającej się do ustroju przez płuca, inni twierdzą, że nie wyłączone jest przenikanie emanacyi przez pory skóry, lub t. zw. działanie diadermiczne. Szkoła niemiecka jest przeciwną teoryi działania diadermicznego, Bertolotti broni jej i, zgodnie z nią, buduje emanatoryum połączone z wanną świetlną przy ciepłocie około 35°, licząc na zwiększenie działania przy silniejszej transpiracyi skóry.

Jedną z najnowszych postaci radyoterapii, której rozpatrzeniu Zjazd poświęcił dzień obrad, stanowi wprowadzenie właściwie w głąb tkanek ustroju substancyi radowej zapomocą elektrolizy, czyli t. zw. radium-jono-terapia. W 1909 r. Schnée podał pierwszy zarys tej metody i wkrótce Kohlrausch i Mayer wykazali obecność emanacyi w moczu chorych, którzy brali wanny hydro-elektryczne z wodą, nasyconą gazem promieniotwórczym. W r. 1911 doświadczenia Fabrea wykazały przenikanie diadermiczne emanacyi radowej, pochodzącej nie z wody, lecz ze szlamu, obfitującego w aktyn, przy elektrolizie owego szlamu zapomocą prądu galwanicznego.

Na Zjeździe podał Prof. Bertolotti bardzo ciekawe spostrzeżenie przy zastosowaniu do radium-jono-terapii błot leczniczych, obfitujących w aktyn, mianowicie, iż szybszy skutek otrzymuje się przy połączeniu z kąpielą borowinową bieguna ujemnego, lecz silniejszy (funkcya ilości jonów) przy temże połączeniu bieguna dodatniego.

Wyczerpujący zarys zastosowań emanacyi radowej dla celów leczniczych w Czechach podał Dr Pelc. Z referatu jego dowiadujemy się, iż górnicy ze św. Jachymowa od niepamiętnych czasów znali leczniczą wartość uranowej rudy smolnej i używali jej w postaci okładów przy bólach gośćcowych i nerwowych. Prof. Neusser pierwszy w r. 1905 zastosował emanacyę z rudy uranowej, zaszytej w worek (na 5 klgr.), pogrążony w zwykłą wodę, do leczenia wewnętrznego i kąpieli. W ślad za nim Gotlieb z św. Jachymowa użył bezpośrednio wody z szybu Eliasza, położonego o 5 klm od Jachimowa, zmieszanej z ogrzaną wodą, do kąpieli i podawania wewnętrznego z pomyślnym, jak podaje, wynikiem. Wkrótce potem przedsięwzięto badania promieniotwórczości źródeł w Cieplicach Czeskich i w r. 1909 przy kąpielach miejskich urządzono wziewalnię dla wody ze źródła o ciepł. 48—50° C. Po $2\frac{1}{2}$-godzinnem zraszaniu ścian wziewalni promieniotwórczość emanacyi stanowiła 5 JM na litr powietrza. Prof. Paessler na zasadzie spostrzeżeń klinicznych wywnioskował, że leczenie da się przeprowadzić bez kąpieli, drogą wdychania emanacyi radowej, z tejże wody pochodzącej. W r. 1911 wobec pomyślnych wyników na małą skalę osiągniętych, zbudowane zostało suche emanatoryum, objętości 130 m³, według projektu Dr Löwentala z Brunświku. Woda pędzona jest ze źródła Steinquelle, zawartość radu 18—25 jednostek Mache, zawartość tegoż w emanatoryum 4—5 JM. na litr powietrza. Inhalacya trwa około 2 godzin, wilgotność powietrza w emanatoryum wynosi około 70%. Wyniki leczenia gośćca, artrytyzmu i nerwobolów w r. 1911 były nader pomyślne: z 1146 chorych — 943 wyleczeń, 92 polepszeń, 10% bez zmiany. W roku zeszłym ministeryum robót publicznych ukończyło budowę państwowego sanatoryum radyoterapeutycznego w Jachymowie; jako źródła używa się tam wody z szybów uranowych miejscowych o olbrzymiej promieniotwórczości, równej 600 jednostkom Mache. Woda w Gastein (Grabenackerquelle) posiada tylko 155 jednostek Mache.

Z nader ciekawego odczytu radcy górniczego Stepa z Jachymowa dowiedzieliśmy się, iż ruda uranowa w okolicy Jachymowa znajduje się w takich pokładach, których główną częścią składową jest łupek, lub też na granicy warstw łupku i porfirów, zawsze wszelako w obecności kwarcu i brunatnego dolomitu, przyczem zachowuje się kolejność uwarstwowień: kwarc, ruda uranowa, dolomity. Rudę uranową napotyka się bądź to

w postaci cienkich żył, bądź to w postaci gniazd, (nieznacznej grubości, rzadko ponad decymetr; bryły ważące około 50 kg można napotkać bardzo rzadko). W szybach Jachymowa znajduje się wielka rozmaitość związków uranowych, atoli tylko związki tlenowe, stanowiące treść smoły uranowej, inaczej zwanej czarną smołą (Pechblende lub Uranit), są przedmiotem eksploatacyi górniczej. Smołę tę w szybach Jachymowa otrzymuje się w postaci niekrystalicznej, aczkolwiek znane są jej krystaliczne odmiany, pochodzące z kopalni Szwecyi i Afryki. Kopalnie w Jachymowie były zrazu kopalniami srebra, dopiero w r. 1856 część huty srebrnej przekształcono na fabrykę farb uranowych, używanych przy fabrykacyi kolorowego szkła i ceramiki. Od r. 1900 produkcyi srebra wskutek wyczerpania kopalń zaniechano i działalność huty całkowicie skierowano do fabrykacyi farb uranowych, oraz preparatów radu. Proces chemiczny, zapomocą którego ze smoły uranowej otrzymuje się związki promieniotwórcze radu i polonu, radyotelluru i t. d., jest bardzo mozolny. Owoce produkcyi są niezmiernie małe: 2000 kg (2 tonny) rudy uranowej dają 4 miligramy związku promieniotwórczego, t. j. z 500 milionów części biernych, 1 część promieniotwórczą. Cena 1 mg. radu wynosi około 400 koron, czyli 150 rb. Sprzedaż jest upaństwowiona; skupia się w Dyrekcyi Zarządu górniczego w Jachymowie.

Z dziedziny rentgenologii zasługiwał na uwagę referat Dr Schnée z Frankfurtu o obecnym stanie techniki rentgenografii momentalnej i jej zastosowań do celów rozpoznawczych. Wykład objaśniono zdjęciami, które można nazwać rentgeno-kinematograficznemi, zapomocą przyrządu Inż. Dessauera. Przyrząd ten daje nader wyraźny obraz na płycie fotograficznej przy ekspozycyi trwającej nie dłużej nad 1/300 sekundy.

W przyrządach tego rodzaju zadanie konstruktora polega na tem, by przy jednokrotnem otwarciu obwodu pierwotnego dać impuls, wystarczający dla osiągnięcia silnego świetlnego zjawiska w rurze Roentgena. Dzięki oryginalnej konstrukcyi przerywacza, zanurzonego w wannie rtęciowej, gaszącego w jednej chwili iskrę samoindukcyjnego prądu, która działa zwalniająco na przerywanie prądu głównego, osiąga się wynik znakomity. Zbyteczna dodawać, iż prądy wtórne tego porządku wielkości nie mogą być mierzone zapomocą zwykłych miliampermetrów i wymagają osobnych balistycznych przyrządów. Dr Schnée pokazywał zdjęcia serca i narządów trawienia.

Uzupełnieniem niejako wykładu Dr Schnée i stwierdzeniem rozpoznawczej wartości zdjęć błyskawicznych i wogóle skiagramów były referaty Dra Sterna (Wiedeń) i Prof. Bertolottiego (Turyn), z których pierwszy przedstawił rentgenografię narządu głosowego, drugi zaś mówił o zmianach objętości serca przy wysiłku i pracy w stanie prawidłowym i chorobowym.

Drugi dzień swych rozpraw poświęcił Zjazd leczniczemu zastosowaniu prądów d'Arsonvala. Prof. Doumer z Lille miał wykład o doniosłej wartości tego środka leczniczego w chorobach serca. Prądy o wysokiej frekwencyi znalazły zastosowanie lecznicze w 2 swych odmianach: 1) jako prądy d'Arsonvala właściwe i 2) w postaci prądów o wysokiej frekwencyi i wysokiem napięciu, otrzymywanych zapomocą dodania do schematu poprzedniego resonatora Oudina, wywołującego t. zw. »effluves de résonance«. Wpływ fizyologiczny na działalność serca i narządu krwionośnego obydwóch rodzajów prądów jest wprost przeciwny: prądy d'Arsonvala w swej pierwotnej postaci lub, jak je czasami nazywają, prądy autokondukcyjne, wywołują zmniejszenie ciśnienia tętniczego, natomiast prądy Oudina zwiększają je. Stąd zastosowanie metody pierwszej w cierpieniach układu tętniczego (hypertensio, a nawet sclerosis), drugiej w cierpieniach, powstałych na tle hypotensyi, jak np. niektóre formy neurastenii.

Cały szereg lekarzy podał na Zjeździe swoje korzystne spostrzeżenia, tyczące się wyników zastosowania prądów d'Arsonvala w chorobach serca, stwardnieniu tętnic, cierpieniach usznych na tle stwardnienia powstałych i t. d. »Habent sua fata« nietylko książki, lecz i wynalazki i nowe metody badania. Metoda d'Arsonvala w zastosowaniu do cierpień układu krwionośnego doczekała się przychylnej atmosfery Zjazdu elektrologów po burzach Zjazdu fizyoterapeutów w Liège i Rzymie (1904 i 1907 r.). Gdyż, jakem się dowiedział z notatki historycznej, skreślonej przez sekretarza Zjazdu Dra Slawika, była ta sprawa jedną z przyczyn, która wkrótce po zawiązaniu się stowarzyszenia francuskich elektroterapeutów sprowadziła rozłam ich szeregów i wystąpienie t. zw. fizyoterapeutów z Prof. Bergonié na czele. Zjazdy w Liège i Rzymie były widownią bardzo burzliwych rozpraw, które doprowadziły w Rzymie do wyrzeczenia się metody Moutier przez zwolenników Prof. Bergonié i Hucharda i ogłoszenia prądów »de haute fréquence« za prądy »de haute réclame«. Nie uzbrojony w wiedzę specyalną, nie mogłem oczywiście iść dalej w kierunku wyjaśnienia tej sprawy; zapisałem sobie tylko tę wiązankę faktów w swym karnecie sprawozdawczym. Zapisałem sobie również, że Prof. Doumer jest nietylko lekarzem, lecz i elektrotechnikiem-konstruktorem, podał bowiem sposób i przyrząd do pomiarów siły pola magnetycznego oscylującego. Prof. Doumer i jego uczniowie są zwolennikami pomiaru i liczby przy badaniu ciśnienia tętniczego zapomocą sfigmomanometrów. Wogóle odniosłem wrażenie, że w niezliczonym szeregu metod leczniczych ta jest niegorszą od innych i przy jej stosowaniu nie zaniedbano czynności, kontrolujących przebieg doświadczenia.

Oto jest garść notatek, zebranych przez turystę, który zrządzeniem losu znalazł się na wiecu eskulapów; i jeśli mało było w tem jego winy, to stokroć więcej zawinił on wobec czytelników, zniewalając ich do przejrzenia opowiadania o tym wypadku.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo »Bratniej pomocy medyków Uniw. Jagiell.« miało w r. 1912/13 członków 303, majątku 9029 kor. (w ciągu 5 lat istnienia Towarzystwa wzrósł jego majątek pięciokrotnie), obrotu kasowego 16106 kor.; udzieliło 248 pożyczek w kwocie ogólnej 6165 kor. 107 swoim członkom, a zamknęło rachunki nadwyżką 1446 kor. Podjęto starania o złączenie obu istniejących obecnie stowarzyszeń słuchaczy medycyny, t. j. »Bratniej pomocy« i »Biblioteki« — w jedno, co byłoby nader po-

żądane; sprawa ta jednakże nie została jeszcze załatwiona. Prezesem »Bratniej Pomocy« był w r. 1912/13 p. Szancenbach, kuratorem — prof. Dr Kostanecki. Na rok 1913/4 obrany został prezesem p. Ziemnowicz.

— W Zakopanem otwarty został drugi »Dom zdrowia« dla młodzieży, pod nazwą »Odrodzenie«, umieszczony w willi Słonecznej pod Gubałówką.

— Wydział krajowy przy przedłożeniu Sejmowi preliminarza budżetu na r. 1914 porusza myśl częściowego zwrotu kosztów leczenia szpitalnego chorych niezamożnych, a to od gmin, do których chorzy ci należą.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. XI. do 22. XI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (obcych 4 † —), krztuśca 3 † 1 (— † —), ospy wietrznej 2, płonicy 11 † 2 (1 † —), odry 34 † — (— † —), duru brzusznego 2 † — (6 † —), czerwonki 3 † 1, gorączki połogowej (1 † 1). Dr Janiszewski.

Łódź. Bezimienna ofiarodawczyni złożyła chrześcijańskiemu Towarzystwu dobroczynności w Łodzi 20.000 rb. na kupno radu dla celów leczniczych.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 17. XI. do 24. XI. 1913 przypadków: ospy 2 † —, płonicy 3 † 3, duru wysypkowego 1. Dr Trenkner.

Zmarli: Dr józef Grynfeltt, profesor honorowy w Montpellier, były chirurg naczelny w »Maternité«; zmarły, syn wychodźcy z r. 1831, był gorącym Polakiem.

Redakcya otrzymała: Neugebauer: 1) Z kazuistyki niezwykłej płodności kobiety. (»Med. i Kron. lek. 1913). 2) Przypadek »missed labour« (»Gaz. lek.« 1913). 3) Przypadek porodu 5 lat po operacyjnem wyleczeniu wynicowania macicy (»Nowiny lek.« 1913). — 4) 29 Fälle von Tentamen abortus provocandi bei verkannter Extrauterinschwangerschaft. 5—8) Bericht über die polnische geburtshilflich-gynaekologische Literatur (za lata 1909—1912). (»Gynaek. Rundschau« 1910—1913).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10. grudnia 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wybory Zarządu na rok 1914.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala jubileuszowego OO. Bonifratrów w Krakowie.

Prymaryusz Dr Jan Frączkiewicz: **Spostrzeżenia nad »algokratyną«.**

Do licznego szeregu środków uśmierzających ból przybył nowy lek pod nazwą algokratyna. Aczkolwiek środek ten nie posiada dotąd prawie żadnej literatury, a skład jego chemiczny podany: $C_{21}H_{25}N_7O_3$ wydawał się nie rokować wiele nadziei, postanowiłem wypróbować go i porównać z innymi, podobnie działającymi środkami.

Lek ten podawano w przypadkach chorobowych, w których ból objawiał się na tle nerwowem, a więc w pierwszym rzędzie w nerwobólach (neuralgiach), w zapaleniach pni nerwowych (polyneuritis), zwłaszcza na tle alkoholowem, ischias, wreszcie przy bólach głowy (migrenie).

Wiadomą jest rzeczą, że cierpienia te, z natury przewlekłe, ulegają częstym nawrotom i środki, używane dla ich leczenia, które z początku pomagają, jak aspiryna, antypiryna, fenacetyna, pyramidon i t. d. z czasem zawodzą i na ustrój chorego nie reagują tak korzystnie, jak z początku. Uciekać się więc musimy do kombinowania tych środków z narkotykami, aby działanie ich spotęgować. Obecnie w »algokratynie« zyskaliśmy, jak z dotychczasowych wyników sądzić można, dzielny środek dla uśmierzenia bólów, pochodzących z układu nerwowego, dalsze zaś doświadczenia wykażą, czy i w jakim stopniu działa »algokratyna« w bólach np. reumatycznych, artrytycznych i t. d.

Z uwag ogólnych dodać muszę, że chorzy bez wyjątku znosili lek ten dobrze, bez działań ubocznych, jak odbijania, nudności i t. p.

Zbierając w krótkości działanie »algokratyny« w powyżej podanych przypadkach, orzec można, że:

1) Algokratyna w dawkach 2—4 proszków dziennie nie jest środkiem szkodliwym i nie wywołuje działań ubocznych, dlatego można ją stosować nawet w przypadkach, gdzie inne środki są przeciwwskazane lub gdzie innych środków chorzy nie znoszą.

2) Algokratyna działa rzeczywiście korzystnie w kierunku uśmierzenia bólu na tle nerwowem, i to ból o mniejszem nasileniu po kilkudniowem użyciu w dawce 2—4 proszków dziennie usuwa w zupełności, ból zaś dotkliwy znacznie uśmierza i sprawia, że leczenie przyczynowe szybszy i trwalszy odnosi skutek. 126

Rok LII. Kraków, dnia 13. grudnia 1913. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni rentgenologicznej kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell. (Dyrektor: Prof. Dr W. Jaworski).

O sposobie skupiania promieni Roentgena na wspólnem polu dla celów leczniczych i rozpoznawczych.

Podał

Dr Karol Mayer.

Leczenie zapomocą radu i promieni Roentgena nabiera coraz większego znaczenia we wszystkich niemal gałęziach medycyny. Z powodu wysokiej ceny radu istnieje dążność zastąpienia go tańszemi ciałami promieniotwórczemi oraz promieniami Roentgena [1]). Wiadomo, że z promieni ciał promieniotwórczych wchodzą w leczeniu w rachubę głównie promienie »γ«, które pod wielu względami są niezmiernie podobne do bardzo twardych promieni Roentgena; wielu poważnych badaczy twierdzi, że promienie »γ« nie są niczem innem, jak promieniami Roentgena i w literaturze najnowszej uciera się zwyczaj oznaczania promieni Roentgena nie przez »X«, ale przez »γ«. Na ostatnim Zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Wiedniu twierdzili niektórzy klinicyści, że przy leczeniu promieniami Roentgena miewają te same wyniki, co przy leczeniu radem, jeżeli starają się, aby »promienie Roentgena były jak najbardziej podobne do promieni radu« (Prof. Sellheim). Osiąga się to przez użycie jak największej ilości promieni — jak najtwardszych. Wobec tego zakres stosowania takich promieni, używanych dotychczas najczęściej przez ginekologów, rozszerzyłby się znacznie.

Najtwardsza lampa rentgenowska wydaje promienie o twardości 10 We., które stają się jeszcze twardszymi za pomocą przefiltrowania n. p. przez glin (aluminium), grubości co najwyżej 2 do 4 mm. Grubszych filtrów niepodobna użyć, jak to jest pożądanem, ogólna bowiem ilość promieni Roentgena, przefiltrowanych przez filtry grubsze niż 2—4 mm, ulega tak znacznemu zmniejszeniu, że za ich pomocą nie można osiągnąć żadnych wyników leczniczych. To też rentgenologowie słusznie twierdzą, że skupienie promieni Roentgena, tak jak się to osiąga zapomocą soczewek przy promieniach świetlnych, stanowi problem, którego rozwiązanie miałoby dla leczenia znaczenie doniosłe [2]). Wówczas bowiem możnaby owe nieliczne promienie, które przedostały się przez filtry grubsze, skupić na mniejsze pole i przez to spotęgować ich działanie. Niżej podany sposób umożliwia p o d o b n e skupienie promieni Roentgena na danem polu; promienie te skupiają się tutaj, nie jak promienie świetlne zapomocą soczewki, ale na zasadzie innego zjawiska optycznego, co jednak z punktu widzenia leczniczego jest rzeczą poboczną, byle wynik był ten sam. Przedstawimy sposób ten w zastosowaniu naprzód dla celów rentgenografii i rentgenoskopii.

Jeżeli ustawimy na jednej linii prostej dwa źródła światła *5* i *6* (fig. 2.) jedno poza drugiem, a naprzeciw nich przedmiot *10*, i zasłonę *11*, to na tej ostatniej powstają dwa cienie, które się nawzajem symetrycznie nakrywają. Przytem cień *8* przedmiotu *10*, rzucony przez tylne źródło *6*, jest nieco mniejszy niż cień *9*, rzucony przez przednie źródło; różnica jednak wielkości tych dwóch cieniów jest przy odpowiedniem oddaleniu obu źródeł świetlnych od przedmiotu *10* znikająco mała i wynosi zaledwie nieznaczny ułamek jednego milimetra. To też cień, w ten sposób powstały, wygląda tak, jakby go wytwarzało tylko jedno, ale dwa razy, względnie więcej razy (zależnie od ilości źródeł światła) silniejsze źródło świetlne, i właśnie to zjawisko optyczne daje się zastosować także do promieni Roentgena.

Ustawmy mianowicie tuż poza lampą, zwyczajnie przygotowaną do prześwietlenia, drugą lampę (fig. 1.) mniej więcej tej samej twardości, co przednia. Przednie powierzchnie ich antykatod muszą być do siebie równoległe, zwrócone obie w tym samym kierunku i ustawione na tym samym poziomie, tak jak wskazuje schematyczny rysunek (fig. 1.). Innemi słowy, centruje się tylną antykatodę *6* do przedniej *5* podobnie, jak się to zwykle wykonywa przy centrowaniu antykatody do pewnego punktu przy zwyczajnych zdjęciach. Końce kabli induktora łączymy w sposób zwykły zamiast z jedną lampą, z obiema lampami za pomocą dwóch par przewodników i przepuszczamy dwa razy więcej prądu wtórnego, niż zwykle przez jedną lampę. Dla sprawdzenia dobrego scentrowania tylnej lampy, pożądane jest kierowanie się tem, czy cień antykatody przedniej lampy, jeszcze nie połączonej z induktorem, pada dokładnie na środek części

---

[1]) Porówn. Münchener med. Wochschft. 18. XI. 1913. »Ueber die praktische Identität von Radium und Röntgenstrahlen«.

[2]) H. E. Schmidt. Komp. d. Röntgen-Therapie, wyd. [illegible]zecie 1913. str. 228.

fluoryzującej ekranu przy zwężonej przegrodzie (blendzie), kiedy tylko tylną lampę połączy się z induktorem. Przednia lampa nie powinna mieć na tylnej ścianie części metalowych (regeneratorów) albo tylko w formie bardzo małej. Jeżeli w ten sposób prześwietlimy przedmioty niezbyt duże n. p. dłoń, to poza silniejszą fluorescencyą ekranu cień tego przedmiotu nie różni się co do ostrych konturów od cienia, otrzymanego przy prześwietlaniu tylko jedną lampą. Przedmioty większej objętości, n. p. klatkę piersiową, należy ze względów niżej objaśnionych prześwietlać z odległości dwóch metrów od lampy (telerentgenografia).

Oczywiście promienie tylnej lampy, przefiltrowane przez szkło przedniej lampy, tracą pewien procent ze swego natężenia. Jeżeli tylna ściana i przednia lampy przedniej są razem grube 1 mm, to wedle obliczeń prof. Waltera 1 mm szkła przepuszcza 35 procent natężenia promieni przy twardości lampy 5 B. W. Im twardsze promienie, tem mniej tracą na natężeniu z powodu większej przenikliwości. Ale także promienie miękkie przenikną w znacznie większej ilości, jeżeli użyjemy lamp z okienkami Lindenmanna, skoro wedle obliczeń Waltera kawałek szkła lindenmannowskiego przepuszcza tak dobrze promienie Roentgena, jak piąta część jego grubości zwyczajnego szkła.

Najdogodniej jednak jest umieścić obie antykatody w obrębie jednej tylko lampy (fig. 3.); wówczas poza jedną ścianą lampy nic nie stracimy z natężenia promieniowania tylnej antykatody *6*, która nadto, bliżej umieszczona do przedniej 5, sprawia, że różnica nakrywających się cieniów jest jeszcze mniejsza. Podobnie jak dla naszego celu przedstawionej lampy na schematycznym rysunku (fig. 3.) ustawiono poza sobą dwie antykatody, tak samo można ich umieścić więcej w najrozmaitszych typach lamp i naodwrót lampy z wieloma antykatodami można używać jako lampy słabszej z jedną antykatodą, jeżeli tylko jedną antykatodę połączymy ze źródłem elektryczności. W ten sposób udaje się największe natężenie promieni Roentgena, jakie dotychczas którąkolwiek lampą osiągano, jeszcze więcej razy pomnożyć.

Dla celów leczniczych należy taką lampę tak ustawić, aby promień główny lampy nie padł na miejsce, przeznaczone do naświetlania, w okolicy bowiem tego promienia są wyłączone promienie z tylnej antykatody z tego powodu, że metal przedniej antykatody staje im na przeszkodzie. Na ekranie powoduje to w środku słabiej świecące miejsce o konturach przedniej antykatody.

Dla rentgenoskopii i rentgenografii miejsce to należy nastawić na tę część przedmiotu, która przy oglądaniu nie wchodzi w rachubę, n. p. na kręgosłup przy badaniu płuc i serca; dla płuc i serca też sposób powyższy przedewszystkiem jest pożądany w telerentgenografii i zdjęciach momentalnych, gdzie potrzeba jak największego natężenia promieni.

Następujące obliczenie wykazuje, w jakiej odległości należy ustawić obie antykatody od przedmiotu, aby jego cień nie okazywał podwójnych konturów.

Na rysunku fig. 4. naznaczmy

r_1 = odległość przedniej antykatody od płyty fotograficznej lub ekranu E;

r_2 = odległość tylnej antykatody od płyty fotograficznej, lub ekranu E;

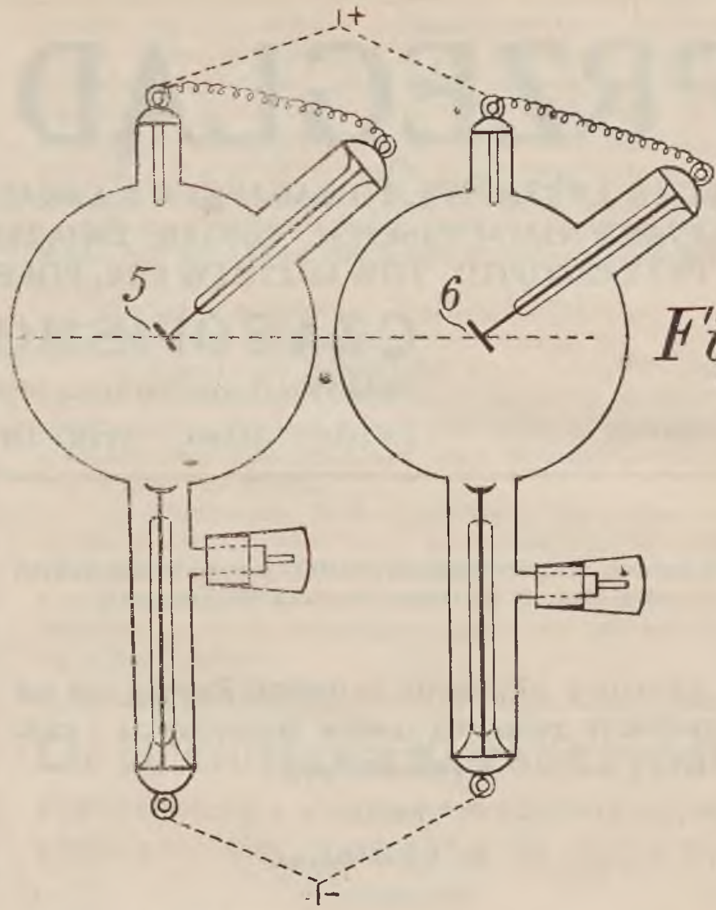
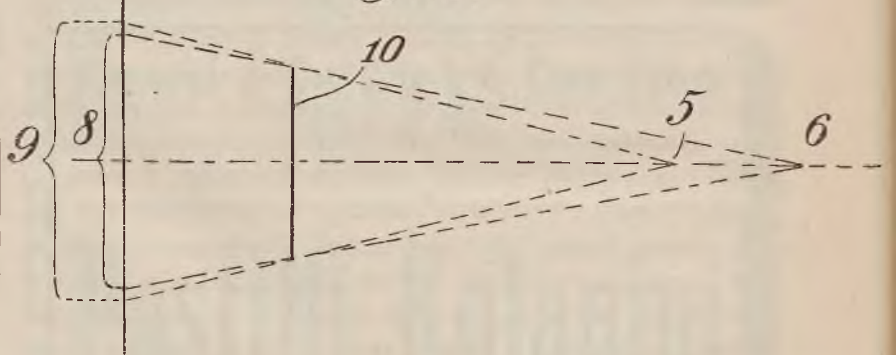


Fig. 1.

Fig. 2.



a = odległość przedmiotu A. B., przeznaczonego do prześwietlania, od płyty fotograficznej E;

b = odległość punktu końcowego B. przedmiotu od promienia głównego;

x = powiększenie cienia wskutek rozbieżności promieni, wychodzących z przedniej antykatody f_1;

y = powiększenie cienia, spowodowane rozbieżnością promieni, wychodzących z tylnej antykatody f_2;

Z podobieństwa trójkątów $Hf_1G \backsim Jf_1B$ i $Hf_2D \backsim Jf_2B$ B wynika, że:

$$r_1 : (r_1 - a) = (b + x) : b$$

$$x = b \frac{r_1}{r_1 - a} - b$$

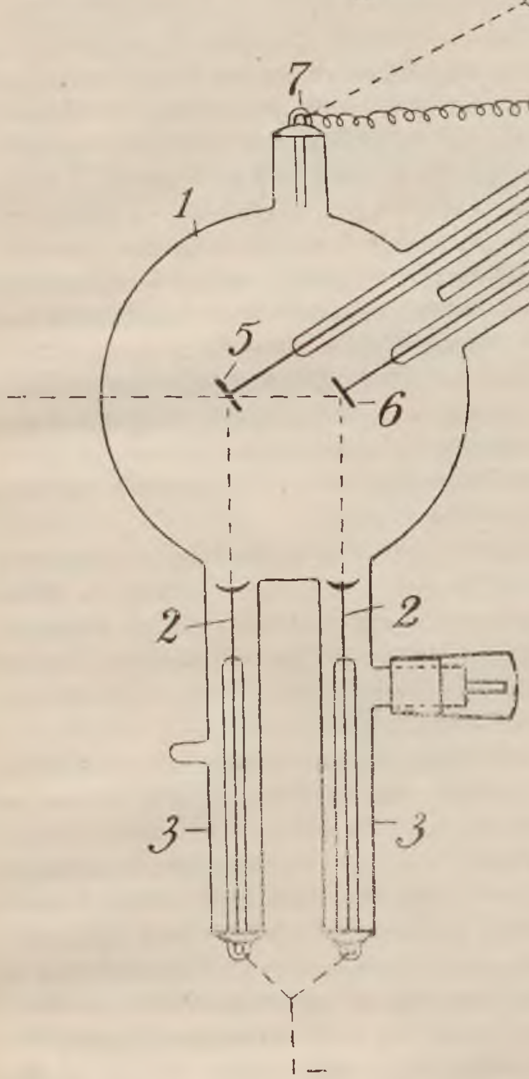
$$r_2 : (r_2 - a) = (b + y) : b$$

$$y = b \frac{r_2}{r_2 - a} - b$$

$$x - y = b \frac{r_1}{r_1 - a} - b \frac{r_2}{r_2 - a}$$

Również x — y wyraża wielkość różnicy nakrywających się cieniów, a tem samem przyczynę podwójnych kon-

Fig. 3



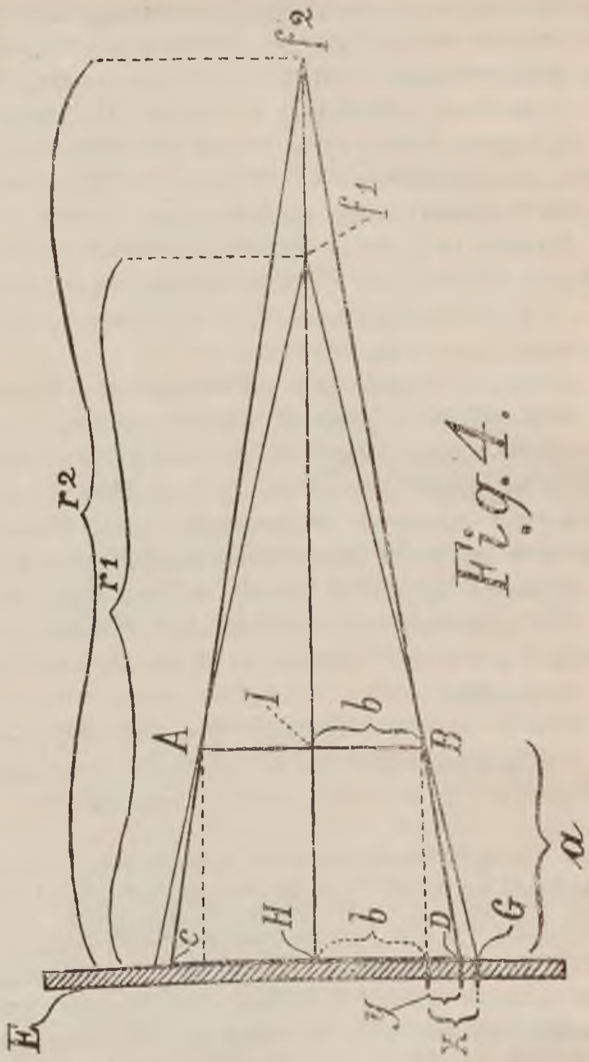


Fig. 4.

turów obrazu cienistego przedmiotu A B. Podstawmy w tem ostatniem równaniu za:

$$r_1 = 192 \text{ cm}$$
$$r_2 = 200 \text{ cm}$$
$$a = 7 \text{ cm}$$
$$b = 10 \text{ cm}$$

to otrzymamy $x - y = 0{\cdot}1$ mm. Jeżeli przeto tylna antykatoda znajduje się w odległości dwóch metrów od ekranu, to różnica nakrywających się cieniów wynosi zaledwie dziesiątą część jednego milimetra.

Podnieść jeszcze należy to, że podwójne symetryczne kontury, jakie się otrzymuje przez znaczne zbliżenie antykatod do przedmiotu przedstawiają w pewnych przypadkach korzyść, ważne bowiem szczegóły obrazu zostają niejako przez to podkreślone i wybitniej uwydatnione.

W powyższem obliczeniu podstawione są liczby, jakie wchodzą w rachubę przy prześwietlaniu klatki piersiowej. Przedmioty mniejszej objętości można prześwietlać z mniejszej objętości niż 2 m. odległości, ponieważ w powyższem równaniu:

$$x - y = b \cdot \frac{r_1}{r_1 - a} - b \frac{r_2}{r_2 - a}$$

widzimy, że ze zmniejszeniem się *a* i *b*, t. j. odległości przedmiotu od ekranu (= zarazem wymiar przedmiotu prostopadły do ekranu) i odległości punktu krańcowego przedmiotu od promienia głównego, można r_1 i r_2 = odległość antykatod od ekranu także zmniejszyć bez zmiany konturów, wyrażonych przez x — y.

Co się tyczy zastosowania powyższego sposobu ustawiania antykatod do filtrowania promieni, to jeżeli glin gruby n. p. 5 mm, przepuszcza pewien rodzaj promieni twardych z jednej antykatody w ilości *n*, to oczywiście również i z drugiej antykatody ten sam rodzaj promieni przejdzie też w ilości *n*, czyli na wspólnem polu skupimy w ten sposób $2n = 2$ razy więcej tych promieni, a z większej ilości n. p. *m* antykatody otrzymamy $m \times n$ promieni na tem polu. Należy jednak pamiętać, by ustawić lampę nieco skośnie do pola, danego do naświetlania, aby — jak wyżej objaśniliśmy, — promień główny lampy nie padł na to pole.

Przypadek przewlekłego zatrucia azotanem bizmutu ze zmianami w morfologicznym obrazie krwi

podał
Dr Adolf Edelmann (Karlsbad).

Jak wiadomo, można podawać wewnętrznie 10—12 gr. azotanu bizmutu na dawkę, jak to poleca Fleiner przy

wrzodzie okrągłym żołądka, a nawet 30 gr. na dzień bez szkody dla chorego, nierozpuszczalne bowiem sole bizmutu wcale się nie wchłaniają przez zdrową błonę śluzową przewodu pokarmowego. Tam jednakże, gdzie zetknie się sól z błoną śluzową pozbawioną nabłonka lub z pozbawioną naskórka powierzchnią ciała, tam za pośrednictwem siarkowodoru śródkomórkowo i śródnaczyniowo zostaje uwolniony bizmut [1]) i wessany może wywołać ostre zatrucie.

Zatrucie to podobne jest do podostrego zatrucia rtęcią, a objawia się zapaleniem błony śluzowej ust, wiodącem do owrzodzeń, — owrzodzeniami w jelicie grubem, wreszcie zajęciem nerek (glomerulo-nephritis).

Jakschowi [2]) znany jest jeden zaledwie przypadek zejścia śmiertelnego z powodu ostrego zatrucia bizmutem. W późniejszem piśmiennictwie znalazłem jeszcze dwa przypadki, jeden opisany przez Kölna [3]), drugi przez Schachego [4]). Oba zatrucia wystąpiły po zewnętrznem zastosowaniu bizmutu przy oparzeniu (na większej przestrzeni ciała), a zejście śmiertelne nastąpiło z powodu ostrego zapalenia nerek.

Tak przedstawia się rzecz co do ostrego zatrucia bizmutem. Przewlekłego zatrucia, o ile mi wiadomo, dotychczas nie opisano.

Miałem sposobność spostrzegać przewlekłe zatrucie bizmutem u chorej, która przez cztery lata zażywała zasadowy azotan bizmutu (magisterium bismuthi).

A. C. 19-letnia krawczyni, zgłosiła się do mnie, podając, że od lat czterech cierpi na wrzód żołądka i że z tego powodu została wysłana do Karlsbadu. Pomijając inne szczegóły badania [5]), przystąpię do rzeczy, która nas tutaj zajmuje. Przy badaniu chorej zwróciło moją uwagę szaro-brudne zabarwienie twarzy z lekkim metalicznym połyskiem, obraz, zbliżony nieco do srebrzycy — rozszerzone źrenice, oddziałujące jednak na światło, rąbek czarny na dziąsłach i u podstawy zębów i wreszcie zwolnienie tętna do 60 uderzeń na minutę pomimo Sternowskiego typu chorej, wole, lekkie wysadzenie oczu, drżenie rąk, skłonność do potów, lękliwość; zbiór objawów, które składają się na chorobę Basedowa Sterna. To spostrzeżenie nasunęło mi na myśl, że mam przed sobą przypadek zatrucia. Z ołowiem nie miała chora nic do czynienia. Owo czarne zabarwienie dziąseł i zębów, które zauważyła i starała się różnymi środkami usunąć, powstało w ostatnich dwóch latach. Dalsze wywiady wykazały, że w czasie obecnej choroby zażywała chora dużo leków, na które kilkadziesiąt recept różnych lekarzy mi przyniosła. Wszędzie przepisany był azotan bizmutu. To rozwiązało zagadkę.

Nie ulega wątpliwości, że w tym przypadku nastąpiło przewlekłe zatrucie bizmutem przez długotrwałe wchłanianie się z jelit małych ilości tego metalu. Ze względu na podobieństwo do zatrucia ołowiem zbadałem krew chorej, a badanie to dało bardzo ciekawe wyniki.

W preparatach, barwionych barwikiem Leishmana i metodą panoptyczną Pappenheima (May-Grünwald-Giemsa), stwierdziłem typową wtórną niedokrwistość, jaką się przedewszystkiem spotyka w przebiegu przewlekłej ołowicy (Bleianämie), a więc anizocytozę, wielobarwliwość (polychromatophilia), tu i ówdzie normoblasty, 2—3 w preparacie i wreszcie, co podkreślam, w krwinkach czerwonych ziarenka bazofilne, których się przedewszystkiem spodziewałem [6]).

W roku 1893 zwrócił Askanazy [7]) uwagę w złośliwej niedokrwistości na ziarnistości w krwinkach czerwonych, które mają powinowactwo do barwików zasadowych. Uważał on owe ziarnistości za ostatnią fazę rozpadania się jądra tych krwinek. W dwa lata później [8]) podniósł ten sam autor, że we wszystkich postaciach, w których się zjawiają krwinki czerwone jądrzaste, można znaleźć także i ziarnistości bazofilne. Lazarus [9]) stwierdził je w przeszło 20 przypadkach niedokrwistości złośliwej, a St. Klein (z Warszawy) [10]) widział je w wielobarwliwej protoplazmie megaloblastów w tejże chorobie. Klein, co tutaj podnieść muszę, sądził, że krwinki czerwone, zawierające ziarnistości bazofilne, są młodymi i »zdrowymi« elementami.

Spostrzeżenia Plehna [11]), który uważał je za pasorzyta zimnicy, były punktem wyjścia dla prac Grawitza [12]), który stwierdził bazofilne ziarnistości w całym szeregu schorzeń, jak w niedokrwistości złośliwej, białaczce, zakażeniu zimniczem, cherze rakowej i który uważa je za objaw zwyrodnienia cytoplazmy krwinek czerwonych.

Na innem stanowisku stoją nowsi autorowie. Jawein [13]), który spotykał bazofilne ziarnistości w okresie zdrowienia po niedokrwistości z powodu brózdogłowca (botriocephalus latus) i Nägeli, który się opiera na własnych klinicznych spostrzeżeniach, że w cięższych zatruciach ołowiem brak ziarnistości, a że ukazują się one dopiero wtedy, gdy stan chorych się poprawia [14]) i na badaniach Pappenheima [15]) Schmidta i Endla. Autorowie ci uważają ziarnistości bazofilne za wyraz odradzania się krwi i łączą je w ścisły związek z wielobarwliwością, która idzie zawsze z niemi w parze. Jest to stanowisko, które właściwie pierwszy zajął St. Klein.

Pappenheim, którego stanowisko podzielam na podstawie doświadczenia klinicznego, pisze w tej sprawie co następuje [16]).

»Es bedeutet die basophile Punktierung nach ihrer Morphogenese ein weiteres degeneratives Entwickelungsstadium der Polychromatophilie (man muss sich vorstellen, dass die diffuse, zarte, basophile Netzsubstanz der Poly-

---

[1]) H. Meyer i Steinfeld. Archiv. für exper. Pathologie und Theraphie. — Meyer i Gottlieb. Experim. Pharmakologie.

[2]) W Nothnagla: Spezielle Pathologie und Therapie. Vergiftungen.

[3]) Berl. klin. Wochenschrift 1905 Nr 9.

[4]) Therapeutische Monatshefte, lipiec 1905.

[5]) Mocz bez białka i cukru, w kale nie wykazano krwi (próba gwajakowa). Parcie krwi Riva-Rocci 110.

[6]) Preparat pokazywałem kilku kolegom i profesorowi O. Loebowi z Getyngi.

[7]) Zeitschrift für klinische Medizin T. 23.

[8]) Deutsche med. Woch. 1896 Nr 17.

[9]) Zeitschrift für klinische Medizin 1895 T. 27. Piśmiennictwo, dotyczące ziarnistości bazofilnych, zebrał Askanazy w r. 1907. Zeitschr. f. klin. Med. T. 64, Zesz. 3 i 4.

[10]) Wien med. Presse 1896.

[11]) Deutsche med. Woch. 1899 Nr 28, 29 i 30.

[12]) Deutsch. med. Woch. 1899 Nr 36 i Berlin. klin. Woch. 1900 Nr 7 i 9.

[13]) Berlin. klin. Woch. 1911 Nr 35.

[14]) Zwracam uwagę na dwa przypadki ostrego zatrucia ołowiem, które opisali Decastello i Oszacki w roku bieżącym z kliniki Ortnera w »Mediz. Klinik«, a w których w okresie ostrym nie znajdowały się ziarnistości, a występować zaczęły wtedy, gdy niebezpieczeństwo minęło.

[15]) Pappenheim znalazł bazofilne ziarnistości w szpiku kostnym prawidłowym, Schmidt i Engel we krwi płodów.

[16]) Grundriss der hämatologischen Diagnostik und praktischen Blutuntersuchung 1911.

chromatophilie hier zu multiplen, gröberen, basophilen Tropfen und Klümpchen zusammengelaufen und konglobiert ist) und als solche ein unmittelbares Vorstadium der völligen Elimination der Plasmabasophilie der Erythrocyten. Sie ist also (ebenfalls) plasmatischer Natur und als solche ein Zeichen zellulärer Unreife, gewissermassen ein Symptom pathologischer Regeneration. Sie ist das häufigste und charakterischeste regenerative Symptom der Bleianämie und hier, wenn durch myelogenen Übertritt im Blut vorhanden, geradezu das pathognomonische Blutsymptom«.

Doświadczalnie wywoływali ten objaw Grawitz, Sabrazes, Bourret i Leger, Witte i Peper, Bloch, Moritz, Strazs, Loewenthal i wielu innych u psów, królików, morskich świnek, myszy białych i żab zapomocą soli ołowianych, pirodyny, toluylendiaminy, chlorku cynku, siarkanu ceru i wreszcie przez przegrzanie zwierząt.

Bardzo ładne są doświadczenia Nägelego, który myszom białym, ciężko zatrutym ołowiem, podawał jodek potasu. Zapomocą tego leku zdołał je uratować od śmierci. We krwi zdrowiejących zwierząt ukazywały się ziarnistości bazofilne.

Behrend pierwszy stwierdził, że ziarnistości bazofilne prawie stale ukazują się we krwi w zatruciu ołowiem; po nim potwierdziło to wielu autorów tak, że wprost znamiennym stał się ten objaw dla ołowicy.

Jak wiadomo, własności fizyczne i chemiczne pierwiastków stoją w prostym stosunku do ciężaru atomowego i są jego funkcyą. Być może, że podobnie ma się rzecz z własnościami farmakologicznemi i toksykologicznemi pierwiastków. Przemawiałoby za tem moje spostrzeżenie, albowiem obraz kliniczny przewlekłego zatrucia bizmutem w opisanym przypadku zbliżony jest do ołowicy, a bizmut (c. at. 208) i ołów (c. at. 207) stoją tuż obok siebie w systemie peryodycznym Mendelejewa.

W przypadku tedy moim rozwinęło się przewlekłe zatrucie bizmutem z powodu długotrwałego podawania zasadowego azotanu bizmutu w dawkach 1·5 do 3·0 na dzień, zatrucie, znamionujące się odkładaniem się bizmutu w skórze (bismuthoderma), wytwarzaniem się czarnego rąbka na dziąsłach i u podstawy zębów, rozszerzeniem źrenic, zwolnieniem akcyi serca i wreszcie niedokrwistością wtórną. W krwinkach czerwonych zjawiają się w toku tej niedokrwistości ziarnistości bazofilne, tak jak w przewlekłej ołowicy.

Z kliniki psychiatrycznej c. k. Uniwersytetu w Wiedniu.
(Dyrektor Radca dworu Prof. Dr Jauregg—Wagner).

O otłuszczeniu według typu Fröhlicha (dystrophia adiposo-genitalis) w przebiegu wodogłowia przewlekłego i padaczki.

podał
Dr J. Rothfeld
asystent kliniki chorób nerwowych Uniw. lwowskiego.

Od czasu kiedy Fröhlich [1]) opisał zbiór objawów, objętych nazwą »dystrophia adiposo-genitalis« i wskazał na jego związek z przysadką mózgową, zaczęto zwracać baczniejszą uwagę na te zmiany, a dokładne spostrzeganie kliniczne dowiodło, że ten typ otłuszczenia wystąpić może nietylko w takich przypadkach, w których pierwotne schorzenie leży w przysadce mózgowej, lub w jej sąsiedztwie, ale i w przebiegu wszystkich spraw w jamie czaszkowej się toczących, a wywołujących wzmożenie ucisku śródczaszkowego.

I tak zdarzają się w przebiegu guzów mózgu pojedyncze objawy choroby typu Fröhlicha, jako to: zaburzenia w miesiączkowaniu, niezdolność płciowa, czasem otłuszczenie, a niekiedy spotkać można i typowy zbiór objawów Fröhlicha. Są to objawy, wynikające z podwyższonego ucisku śródczaszkowego, z zastoju płynu mózgowordzeniowego, który to zastój, zdaniem Cushinga [2]), wywołuje upośledzenie czynności przysadki mózgowej. Cushing twierdzi, że prawie we wszystkich przypadkach guzów mózgu bez względu na ich siedzibę i bez względu na to, czy przebiegają z wodogłowiem, czy też nie, czynność wydzielnicza przysadki bywa w znacznym stopniu upośledzona. Z drugiej strony można niekiedy objawy dystrofii, występujące w przebiegu spraw, powodujących wzmożenie ucisku śródczaszkowego, wytłómaczyć zmienionymi stosunkami topograficznymi, wywołanymi pośrednio czy bezpośrednio przez guz, względnie przez następowe wodogłowie. I tak tłómaczy Müller [3]) wystąpienie otyłości i zaburzeń w czynności narządów płciowych w przebiegu guzów móżdżku rozszerzeniem trzeciej komory przez wodogłowie i uciskiem na przysadkę mózgową. Ważnym jest fakt, na który zwrócił uwagę K. Goldstein [4]), że także w następstwie surowiczego zapalenia opon mózgowych może rozwinąć się dystrofia; spostrzegane przez niego przypadki okazywały cechy guza przysadki z objawami otłuszczenia i niedokształtu narządów płciowych. Jako przyczynę takich objawów przyjmuje Goldstein ucisk na przysadkę mózgową przez wodogłowie. Podobne dwa przypadki opisał Sievert [5]); dotyczyły one dwojga rodzeństwa, u których Sievert stwierdził otyłość i zanik nerwu wzrokowego. Według zdania Mayera chodziło w tych dwóch przypadkach o wodogłowie po przebytem zapaleniu surowiczem opon mózgowych, które to wodogłowie uciskało na nerwy wzrokowe i na przysadkę mózgową. Przypadki wodogłowia z dystrofią opisali: Marinesco i M. Goldstein [6]), Neurath [7]), Bonhoefer [8]), Weygandt [9]), Jaksch [10]) i K. Goldstein [11]).

Przytaczam poniżej historye choroby pięciu przypadków wodogłowia z »dystrophia adiposo-genitalis«; w trzech z tych przypadków stwierdzono napady padaczkowe.

I. Albin R. l. 10, przyjęty do kliniki 12. VII. 1909. Dziedzicznie nie obciążony. Matka zdrowa, ojciec chorował dłuższy czas po jakimś wypadku, jedna siostra zmarła na

---

[1]) Wiener klinische Rundschau 1911.

[2]) Journ. of. the Amer. med. Assoc. 1909. Journ. of. nerv. a ment. 1906. Bull. of John Hopk. Hosp. 20. 105. 1909.
[3]) Neurol. Centralblatt 1905.
[4]) Arch. f. Psych. B. 47, 1910.
[5]) Zeitschrift f. Augenheik. B. 19. H. 6.
[6]) Nouvelle Iconogr. de la Salpetrière B. XXII. 1909.
[7]) Wien. kl. Woch. 1909 i 1911.
[8]) Arch. f. Psych. 1912.
[9]) Bericht der Jahresversammlung deutsch. Nervenärzte. Hamburg 1912.
[10]) Deutsche med. Woch. 1913.
[11]) Deutsche med. Woch. 1913.

gruźlicę. Matka nie roniła. Chory nasz jest pierwszem dzieckiem; poród jego był prawidłowy. W drugim roku życia miał chory raz napady drgawkowe, które się później nie powtórzyły. Nigdy nie miał napadów padaczkowych. Umysłowo rozwijał się dobrze. był dzieckiem mądrem. Obecna choroba, t. j. niedowłady kończyn, datuje się od czasu wspomnianych napadów drgawkowych w drugim roku życia; od tego czasu obwód czaszki coraz więcej wzrastał, tak że w 5. roku życia dosięgnął 68 cm, a potem coraz bardziej się powiększał. Chory zawsze był dzieckiem tłustem.

Przedmiotowo stwierdzono, co następuje: Wzrost średni, około 127 cm. Skóra różowa, znaczne otłuszczenie, zwłaszcza w okolicy sutków i na wzgórku łonowym. Części rodne ukryte w podściółce tłuszczowej; jądra wielkości małego bobu, mają skłonność do cofania się do kanałów pachwinowych; na wzgórku łonowym delikatny meszek, czego na tułowiu i kończynach zauważyć nie można. Czaszka duża, niesymetryczna; okolice skroniowe i czoło wystające; guzy czołowe silnie rozwinięte, prawa połowa czaszki więcej wypuklona, niż lewa. Po stronie prawej czaszki stwierdza się przy opukiwaniu odgłos czerepowy, po lewej objaw ten jest tylko zaznaczony. Obwód czaszki 68 cm., wymiar podłużny 20·7 cm., poprzeczny 21 cm. Uszy duże, płatki uszne przyrośnięte. Oczy nieco wysadzone; wybitny zez rozbieżny; prawa gałka ustawiona na zewnątrz i ku górze. Badanie ruchów gałek ocznych utrudnione; zdaje się, że ku prawej stronie ruchy są zachowane, ku lewej upośledzone. Nieznaczne drżenie oczu. Źrenice wązkie; oddziaływanie na światło i akomodacyę nie da się z pewnością stwierdzić. Chory widzi dobrze. Dno oka: zanik nerwu wzrokowego po brodawce zastoinowej. Lekki niedowład w zakresie dolnej gałązki lewego nerwu twarzowego. W innych nerwach twarzowych niema zmian. Prawa górna kończyna prawidłowa, lewa gorzej rozwinięta i może nieco skrócona; w całości jest lewa szczuplejsza od prawej o $1/2$ do 1 cm. Napięcie mięśniowe w lewej wyraźnie wzmożone, kończyna we wszystkich stawach zgięta, ruchomość wprawdzie zachowana, jednak ruchy są powolne i utrudnione. Ruchy samej ręki ograniczone, niezgrabne, chory posługuje się przeważnie tylko ręką prawą. Odruchy na kończynie górnej lewej żwawsze, aniżeli na prawej. Odruchy brzuszne po lewej stronie słabsze, niż po prawej, odruchy mosznowe równe.

Na kończynach dolnych, zwłaszcza na biodrach i udach, znacznie rozwinięta podściółka tłuszczowa. Kończyna dolna lewa szczuplejsza od prawej (1 cm. różnicy). Napięcie mięśniowe w lewej nieco wzmożone. Ruchy czynne w lewej kończynie gorsze. niż w prawej, obustronnie stopy koślawe, wybitniej po stronie lewej. Odruchy kolanowe żwawe, równe, niema drgania padaczkowego (clonus), odruch ze ścięgna Achillesa po prawej kloniczny, po lewej nie daje się wywołać z powodu znacznego napięcia. Objaw Babińskiego po lewej stronie dodatni. Chory podnosi się z pozycyi leżącej tylko z trudnością; siedzi swobodnie. Stać nie może; podparty z obu stron może chodzić, przyczem jednak nogi się krzyżują.

W przypadku tym wystąpiło po napadzie drgawkowym w drugim roku życia lewostronne porażenie połowicze i wodogłowie, wzrastające stale i stopniowo do 5. r. ż. Nadto rozwinęła się znaczna otyłość, szczególnie w okolicy sutków, na brzuchu i wzgórku łonowym, przyczem narząd płciowy nie rozwijał się.

II. Anna K. l. 14, przyjęta na klinikę 20. III. 1912. Dziedzicznie nie obciążona. Zaczęła mówić i chodzić w 2. roku życia. Między 2—3. rokiem życia napady drgawkowe, które się później nie powtórzyły. Napadów padaczkowych nigdy potem nie było. Od 3. r. ż. chodzi chora źle; chód coraz więcej się pogarszał i stawał się niepewny. Siostra chorej podaje, że już w drugim r. ż. miała chora niestosunkowo dużą głowę. Chora była do 5. r. ż. szczupłem dzieckiem, potem zaczęła tyć. Umysłowo rozwijała się dobrze. W ostatnich czasach chód jeszcze więcej się pogorszył. Dotąd jeszcze nie było miesiączkowania. Przedmiotowo: Chora wzrostu nizkiego (125 cm.); oddalenie wcięcia jarzmowego (incisura jugularis) od pępka wynosi 29 cm., stąd do stóp 75 cm. Znaczna otyłość; na piersiach, a przedewszystkiem na brzuchu i na wzgórku łonowym znaczne nagromadzenie tłuszczu, kończyny stosunkowo szczupłe. Sutki miernie rozwinięte; w prawym sutku da się wyczuć utkanie gruczołowe, w lewym tylko ślad. Uwłosienie na głowie prawidłowe, brak owłosienia na wzgórku łonowym i pod pachami. Czaszka znamienna dla wodogłowia, obwód jej 58 cm., przy opukiwaniu niebolesna. Po stronie lewej w okolicy ciemieniowej i skroniowej odgłos opukowy czerepowy, po stronie prawej wybitny; w skroniowej części tylko zaznaczony. Niema zaburzeń ze strony źrenic i ruchów gałek ocznych. Dno oka: brodawki blade, granice zatarte; zanik nerwu wzrokowego po stanie zapalnym (atrophia n. optici post neuritidem). Bystrość wzroku obustronnie $5/20$; pole widzenia bez zmian. Objaw Chvostka obustronnie wyraźny. Zęby tężyczkowe. Zresztą nie stwierdza się na głowie żadnych nieprawidłowości. Na kończynie górnej prawej ślad bezładu (ataxia), obustronnie zaznaczone drżenie przy ruchach dowolnych. Siła ruchowa i odruchy kończyn górnych prawidłowe; brak objawu Trousseau. Odruchy brzuszne równe. Niedowład kończyn dolnych, znaczniejszy w lewej niż w prawej kończynie. Odruchy kolanowe kloniczne, prawy żwawszy od lewego. Odruchy ze ścięgna Achillesa żwawe, obustronnie zaznaczone drganie padaczkowate stopy (clonus). Objaw Babińskiego i Oppenheima obustronnie dodatni. Bezładu kończyn dolnych niema. Czucie skórne i głębokie zachowane. Przy próbie Romberga: chwianie się we wszystkich kierunkach. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Badanie rentgenologiczne (doc. Schiller): Czaszka znamienna dla wodogłowia, szwy niepozrastane, siodełko tureckie rozszerzone, miernie zagłębione. Badanie kości tułowia i kończyn (prof. Holzknecht) wykazało kostnienie prawidłowe.

Te dwa przypadki, prawie analogiczne, nie przedstawiają żadnych trudności rozpoznawczych. Początek choroby we wczesnem dzieciństwie, w związku z równoczesnemi drgawkami, zwiększający się obwód czaszki, przytem brak ogólnych objawów, cechujących guzy mózgu, przemawia za wodogłowiem przewlekłem. W pierwszym przypadku wyraźne objawy połowicze lewostronne, w drugim objawy móżdżkowe. Wspólną cechą obu przypadków — i na ten szczegół chcę zwrócić uwagę — jest otyłość z typowem rozmieszczeniem tkanki tłuszczowej na brzuchu, wzgórku łonowym, na piersiach, nadto niedostateczny rozwój narządów płciowych, w pierwszym przypadku małe jądra, ze skłonnością cofania się do kanału pachwinowego, w drugim brak miesiączkowania. W drugim przypadku zwraca nadto uwagę mały wzrost chorej.

W następnych trzech przypadkach istniała dystrofia przy padaczce i wodogłowiu miernego stopnia.

III. Tomasz W. l. 11. Dziedzicznie nie obciążony. Drgawek w dzieciństwie nie miał. W 6. r. ż. potrącony przez wóz tramwajowy, upadł, dostał krwotoku z nosa i pokaleczył sobie język; przytomności nie stracił. W dwa dni później mógł już pójść do szkoły. W 9. r. ż. napad z utratą przytomności i drgawkami, usta wykrzywione, oczy zwrócone ku stronie prawej, drgawki wybitniejsze w kończynie górnej prawej, aniżeli lewej, piana z ust; po napadzie sen. W czasie napadu nie było bezwiednego oddania moczu, ani pokąsania języka. W trzy tygodnie później drugi napad;

po wycięciu migdałków 10-miesięczna przerwa; potem znów co kilka miesięcy pojedyncze napady. Na kilka miesięcy przed przyjęciem do kliniki napady były częste, nawet po kilka napadów dziennie. W klinice spostrzegano typowe napady padaczkowe o przebiegu, zgodnym z opisem, podanym przez otoczenie chorego. Badanie, przeprowadzone zaraz po pierwszym, w klinice spostrzeganym napadzie, wykazało, co następuje: Niedowład prawej dolnej gałązki nerwu twarzowego, niedowład prawej kończyny górnej i dolnej, wzmożenie odruchów ścięgnistych po stronie prawej, objaw Babińskiego po stronie prawej dodatni, odruchy brzuszne po stronie lewej żwawsze. Przy chodzeniu chory powłóczy nieco prawą nogą. Badanie w czasie wolnym od napadów wykazało tylko nieznaczne prawostronne objawy. Nadto stwierdzono: Obwód czaszki 54 cm., wzrost 133 cm., znaczna otyłość i »niedostateczny rozwój« narządów płciowych. Dno oka prawidłowe. Badanie rentgenograficzne czaszki (Doc. Schiller) wykazało cechy znamienne dla wodogłowia.

Rozpoznanie kliniczne: Epilepsia, hydrocephalus minoris gradus.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Mahlo. **Działanie makowca na przewód pokarmowy człowieka.** (Deutsches Archiv f. klin Med. T. 110). Z dokładnych badań autora zapomocą prześwietlań rentgenologicznych wynika, że makowiec działa głównie na jelito grube. Prócz tego jednakże i przechodzenie miazgi pokarmowej przez jelito cienkie ulega opóźnieniu. Na żołądku spostrzega się pod wpływem makowca porażenie ruchów robaczkowych, często skurcz zwieracza części odźwiernikowej (sphincter antri pylori) i rozszerzenie żołądka. Opóźnienie wydalania treści z żołądka spostrzegano rzadko; jeśli jelito jest poprzednio podrażnione przez olejek rącznikowy, to makowiec działa silniej, niż zazwyczaj. Oba środki (ol. rącznikowy i makowiec) mają zdaje się wspólne miejsce działania. Autor uważa działanie makowca za niestałe. N.

P. Krause i Schilling. **Badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego z uwzględnieniem środków kontrastowych.** (Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgenstr. T. XX. Z. 5). Prześwietlanie z użyciem zgłębników do badania rentgenologicznego przełyku, żołądka i jelit jest sposobem najstarszym i już zarzuconym. Wydymanie żołądka kwasem węglowym lub powietrzem w celu rozpoznawczego różniczkowania rentgenologicznego jest postępowaniem według autorów niezupełnie bezpiecznem i daje wyniki niepewne; ponieważ przytem obrazy dają słabe kontrasty, trudno więc oryentować się w rozlanem jasnem polu. Największą wodą wydymania jest to, że nie daje ono żadnych wskazówek ani co do położenia, ani kształtu narządów; wreszcie nie można przy wydymaniu wysnuwać wniosków, tyczących się czynności ruchowej żołądka czy jelita. Wydymanie powinno właściwie być obecnie stosowane tylko w celu uwidocznienia dolnej części przełyku dla stwierdzenia zwężeń wpustu, lub nowotworów części wpustowej żołądka. Natomiast obecnie powszechnie używa się dla badania przewodu pokarmowego w obrazie rentgenologicznym środków kontrastowych, wśród nich zaś przedewszystkiem mieszanki bizmutowej, podanej przez Riedera. Niektórzy autorowie używają prócz tego jeszcze dodatku z białej glinki armeńskiej dla uniknięcia osadzania się bizmutu. Radioskopia (t. j. oglądanie narządów wprost na ekranie) wystarcza wogóle zupełnie, w pewnych razach zaś, oraz u bardzo otyłych chorych musi się używać rentgenofotografii. Badania zdolności wydzielniczej żołądka według Schlesingera i innych, t. j. ocenianie stosunków układania się warstw płynów w żołądku, nie są wystarczające. Znaczenie badania rentgenologicznego polega głównie na badaniu zjawisk ruchowych, t. j ruchu robaczkowego, względnie jego zmian. Najlepsze obrazy poglądowe na cały przewód pokarmowy daje kombinacya lawatywy bizmutowej z równoczesnem wewnętrznem podaniem mieszanki bizmutowej. Z przetworów bizmutowych podawano dawniej azotan bizmutowy zasadowy, zarzucono go jednak z tego powodu, iż niejednokrotnie spostrzegano po nim zatrucia (objawy porażeń i podrażnień układu nerwowego ośrodkowego, methemoglobinemię i t. p.). Inne przetwory, zwłaszcza węglan bizmutu, są zupełnie nieszkodliwe, i gdyby nie były tak drogie, byłyby powszechnie używane. Z przetworów nie bizmutowych, a mogących zastąpić bizmut, niektóre, n. p. glinka toru są drogie, przetwory żelaza mają znów bardzo zły smak i wyglądają nieapetycznie, tlenek cyrkonu ma smak piasku, przytem jest także drogi, podobnie rzecz się ma z przetworami ceru i wolframu. Najlepszym środkiem, zastępującym w zupełności bizmut, jest siarkan baru, chemicznie czysty; jest on przytem tani, bez smaku i bezpieczny. Podawać go można czyto w postaci zupy Guenthera (Bar. sulphur. 150 gr., mondamin 15 gr., cukru 15 gr., kakao 20 gr., rozpuszczone w 500 cm^3 wody), czy też wprost w mleku lub w wodzie, lub w papce ziemniaczanej; zdolność absorpcyjna barytu jest prawie równa bizmutowej. N.

Schneider. **Rozpoznawcze znaczenie odczynu białkowego plwociny w chorobach płuc.** (Zentralblatt f. inn.

Mediz. 1913, Nr 41). Stwierdzeniu obecności białka w plwocinie gruźliczych przypisywano wielkie znaczenie; nie ma jednak zgody co do tego, czy obecność białka w plwocinie gruźliczych jest objawem swoistym dla gruźlicy płuc i czy brak białka pozwala wyłączyć gruźlicę płuc, choć pewnem jest, że białko w plwocinie stwierdza się stale w przebiegu spraw następujących: gnilny nieżyt oskrzeli, rozszerzenia i jamy oskrzelowe, obrzęk płuc, zgorzel płuc i zapalenie płuc. Z badań autora wynika, co następuje: Obecność białka w plwocinie nie jest znamienna, ani swoista dla gruźlicy; u przeszło 15% badanych gruźliczych odczyn białkowy wypadł ujemnie; odczyn białkowy jest bardzo często dodatni i w schorzeniach płuc nie gruźliczych (8 razy na 14 przypadków); odczyn białkowy stoi w związku z zawartością ropy w plwocinie. — Nadto zauważyć należy, że właśnie w przypadkach gruźlicy początkowej, niepewnych, gdzie obecność białka miałaby doniosłe znaczenie, jest odczyn białkowy zawsze ujemny. N.

Voisin. **Czy zapalenie płuc powstaje drogą powietrza, czy krążenia?** (Paris médical 1913, Nr 37). W ostatnich czasach dość liczni autorowie wywodzą, że zapalenie płuc jest zakażeniem pneumokokowem, pierwotnie ogólnem, a potem dopiero umiejscowionem w płucach. Według zapatrywań autora należy uważać płatowe zapalenie płuc za pierwotne schorzenie tego narządu, wywołane przez osiedlenie się pneumokoków drogą powietrza. Drobnoustroje te nabierają w gardle jadowitości i rozmnażają się. Do obiegu krwi dostają się one następowo z ognisk płucnych. Pomiędzy istotnym początkiem choroby, a jej klinicznem ujawnieniem się zachodzi pewna rozbieżność, która, zdaniem autora, zależy głównie od dostania się do krążenia jadów bakteryjnych. Przypadki, w którychby można płatowe zapalenie płuc uważać za późne i wtórne usadowienie się zakażenia, tkwiącego pierwotnie w krążeniu, są bardzo rzadkie. W takich przypadkach może wprawdzie przewód pokarmowy stanowić wrota dla pneumokoków, lecz znacznie częściej bywają one w gardle, w migdałkach i w błonie śluzowej nosa. Dr M. Blassberg.

Prof. Surmont. **Dyeta owocowa przy schorzeniach tętnic i w chorobie Brighta.** (Paris médical 1913, Nr 36). Autor poleca dyetę, złożoną wyłącznie z owoców wszelakiego gatunku, odpowiednio do pory roku, i to zarówno surowych, jak gotowanych, dalej owoce suszone, oraz tłuczone i mielone. jak również konserwy owocowe. Gatunki oraz ilość owoców chory wybiera sam dla siebie dowolnie, przyczem pożądana jest jak największa rozmaitość gatunków. Również należy zachować zwykłe pory jedzenia. Dyetę tę stosuje autor we wszystkich postaciach klinicznych stwardnienia tętnic, przy dusznicy bolesnej, zwyrodnieniu mięśnia sercowego, w okresach niedomogi sercowej, oraz w chorobach nerek. U chorych zdrowszych S. przystępuje odrazu do dyety wyłącznie owocowej, przyczem dozwala prócz tego używać miałkiego cukru do posypywania owoców, oraz 1—2 filiżanek dziennie czarnej kawy, herbaty, rumianku, lub odwaru lipowego. Do picia na zimno poleca wodę Evian czystą lub z sokiem winogronowym. U bardzo ciężko chorych, przed rozpoczęciem dyety ściśle owocowej zaleca leżenie w łóżku i przez 2 lub 3 doby podaje co $^1/_2$ godziny 50 gramów zimnej wody mineralnej Evian, Vittel, Contrexeville lub Martigny. Jeżeli chory nie znosi zimnej wody, poleca ją grzać, a dodatkowo poleca ciepłe okłady na okolicę żołądka. Jako najwłaściwszą ilość przy rozpoczynaniu tej dyety owocowej poleca S. dziennie $1^1/_2$ kilograma owoców surowych, a nadto 400—500 gramów migdałów i orzechów włoskich lub laskowych, albo też suszonych śliwek, rodzynków, daktyli i fig. Dyeta owocowa może trwać bez szkody przez długi czas, powinna zaś trwać przynajmniej przez 3—4 tygodnie. U otyłych wywołuje ona chudnięcie. U szczupłych można zapobiedz spadkowi wagi ciała przez obfity dodatek daktyli, fig, orzechów włoskich i laskowych oraz migdałów, a po pewnym czasie można dodać chleb i masło. Chorzy, cierpiący na nadkwaśność soku żołądkowego, źle znoszą dodatek owoców do dyety mieszanej, ale dobrze znoszą czysto owocową dyetę całkowitą. W każdym razie należy im polecać z początku owoce dojrzałe i niekwaśne, jak: renklody (śliwki), mandarynki, banany, konserwy owocowe i owoce suszone. Biegunka zdarza się niekiedy u tych chorych, ale jest ona dla nich raczej pożyteczną, aniżeli szkodliwą. Przy silniejszej biegunce należy zmniejszyć ilość owoców surowych, a zwiększyć ilość suszonych. Jeżeli chcemy zmienić tę dyetę, czy to z powodu osiągniętego wyniku, czy też w razie, gdy chorego męczy ten tryb życia, należy z początku dodawać chleb i masło. Po 12 dniach można dodać litr mleka, 2 jaja oraz jarzyny i taką dyetę prowadzić przez szereg miesięcy.

Sposób działania tej dyety na ustrój jest następujący: 1) Można przez odpowiedni dobór owoców zmieniać ilość doprowadzanych ustrojowi kaloryi 2) Można odpowiednio wprowadzać i stopniować pożyteczne działanie czyszczące. 3) Dyeta ta działa moczopędnie. 4) Dyeta ta, działając alkalizująco, przeciwdziała przyczynom schorzenia, t. j. skutkom dyety mięsnej, skazie moczanowej i przekwaszeniu ustroju. 5) Dyeta ta przynosi ustrojowi wielorakość mineralnych substancyi pokarmowych, których ustrojowi przez długi czas brakowało i skrzepia tkanki w ogólności, a mięsień sercowy w szczególności. 6) Dyeta owocowa nie zawiera chlorku sodu. 7) Chroni ona ustrój przed samozatruciem, które powstaje przez wessanie produktów rozpadu ciał azotowych, oraz jest antytoksyczną przez swe działanie czyszczące, moczopędne i alkalizujące, oraz dzięki temu, że pozostałości pokarmowe w jelitach podlegają bardzo trudno gniciu. Dr Blassberg.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Dyrenfurth. **Wykazywanie krwi miesiączkowej zapomocą odczynu jodoglikogenowego.** (Ztschft f. Med. Bte. 1913, Nr 12). Opierając się na pracach Wiegmanna (1910) i Lengera, którzy zwrócili uwagę na możność zużytkowania w celach sądowo-lekarskich tej okoliczności, że glikogen w obfitej ilości znajduje się w nabłonkach pochwy, przeprowadził autor badania plam krwawych w tym kierunku. W tym celu malutkie cząstki materyałów krwią zwalanych rozdrabniał jaknajszybciej w kropli nasyconego rozczynu dwuwęglanu sodowego, aby przeszkodzić rozpuszczeniu się glikogenu. Następnie dodawał kroplę zwykle używanego odczynnika Lugola. Badając w ten sposób sporządzony preparat pod mikroskopem, przekonał się, że przeszkadzające krwinki czerwone zupełnie znikają, natomiast uwidoczniają się i są bardzo łatwe do poznania brunatno zabarwione nabłonki pochwy, które przedtem były mało widoczne. Próby kontrolne z różnego pochodzenia plamami krwawemi wypadły ujemnie z wyjątkiem śladów krwawych z powierzchni przekroju wątroby, ponieważ komórki wątrobne dawały także odczyn dodatni. Rozpoznanie krwi miesiączkowej ma praktyczne znaczenie w tych przypadkach, w których obwiniony lub obwiniona tłómaczą się, iż podejrzana plama krwawa pochodzi z krwi miesiączkowej. J. Olbrycht.

Nippe. **Uproszczenie próby heminowej.** (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr 47). Autor zaleca następujący odczynnik: »Kalium bromatum 0·1, kalium jodatum 0·1, kalium chloratum 0·1, acidum aceticum glaciale 100·00«. Kroplę tego odczynnika dodaje się na szkiełku przedmiotowem do podejrzanej plamy i ogrzewa aż do zawrzenia. Nadmiar odczynnika najlepiej usunąć bibułą lub odparować. Oglądając w ten sposób sporządzony preparat, już przy małem powiększeniu stwierdza się obecność typowych kryształów, które dają się przechowywać w balsamie kanadyjskim bez użycia szkiełka nakrywkowego. Odczynnikiem tym, który daje się długo przechowywać, robił autor doświadczenia, wrzekomo z wynikiem dodatnim, z krwią starą.

gnijącą, tlenkowęglową, zanieczyszczoną rdzą, wystawioną na szkodliwe wpływy atmosferyczne. J. Olbrycht.

Higiena.

(Z posiedzeń referatowych lekarzy miejskich w Krakowie).

Maksymilian Sternberg: **O zatruciu ołowiem w przemyśle i o jego wczesnem rozpoznawaniu.** (Der Amtsarzt, 1913, Nr 1). Z końcem XIX wieku rozpoczęto usiłowania w celu zapobieżenia zatruciu ołowiem osób, zajętych w przemyśle. Po odbyciu szeregu zjazdów, narad i ankiet wynikiem całej akcyi były w Austryi rozporządzenia ministeryalne, a mianowicie: 1) Rozporządzenie Ministerstwa handlu, wydane w porozumieniu z Ministerstwem spraw wewnętrznych 15. IV. 1908 r., zawiera przepisy celem ochrony życia i zdrowia osób zajętych w lakiernictwie, pokostnictwie i malarstwie pokojowem (Dz. p. p. Nr 81). Objaśnieniem do tego rozporządzenia jest następne, wydane przez to samo Ministerstwo tego samego dnia do L. 10220. 2) Rozporządzenie Ministerstwa robót publicznych z 22. VII. 1908 r. określa urządzenia i sposób pracy w hutach ołowiowych i cynkowych (Dz. p. p. Nr 180), a jego objaśnienie zawarte jest w rozporządzeniu tegoż Ministerstwa z 10. VIII. 1910 r. L. 280 - XVb/5. 3) Rozporządzenie Ministerstwa handlu z 26. IV. 1909 r. normuje przywóz i obrót farbami i truciznami zawierającemi ołów (Dz. p. p. Nr 63). 4) Rozporządzenie Ministerstwa handlu w porozumieniu z Ministerstwem spraw wewnętrznych z 23. VIII. 1911 r. zawiera osobne przepisy ku ochronie życia i zdrowia osób zajętych w drukarstwie, litografii i stereotypii (Dz. p. p. Nr 169). Pierwsze rozporządzenie wydało już błogie skutki, gdyż zakazując wogóle używania bieli ołowiowej, przyczyniło się do bardzo znacznego zmniejszenia się cyfry zachorowań na ołowicę u malarzy i lakierników. Zasługuje na uwagę także § 11 tego rozporządzenia, który na przedsiębiorców, zatrudniających więcej niż 20 robotników, nakłada obowiązek, ażeby robotników, posługujących się farbami ołowianemi, poddawali badaniu przez lekarza przynajmniej raz na kwartał. Podobne postanowienie zawarte jest w drugiem rozporządzeniu. Bardzo zawikłaną jest historya powstania czwartego rozporządzenia. Przeciw pierwotnemu jego brzmieniu bardzo energicznie protestowali przedsiębiorcy. Wobec tego różne komisye, komitety i podkomitety ciągle przerabiały tekst rozporządzenia, aż wreszcie Rada przemysłowa zaleciła wielokrotnie zmieniany tekst, jednakowoż z tym dodatkiem, że należy skreślić proponowane należytości dla badających lekarzy urzędowych. Jak wiadomo, rozporządzenie to nakłada na lekarzy urzędowych obowiązek badania personalu zajętego w drukarniach, litografiach i stereotypiach, i to poza godzinami pracy, nie w czasie przerwy obiadowej, w miejscu będącem siedzibą urzędu przynajmniej cztery razy rocznie, w miejscowościach zaś leżących dalej niż o 3·8 km. od siedziby urzędu przynajmniej raz w roku. Także i ten ustęp rozporządzenia ma charakterystyczną historyę swego powstania. Pierwotnie ciążyć miał na przedsiębiorcy obowiązek poddawania robotników badaniu lekarskiemu, jak to muszą czynić przedsiębiorcy malarscy i i lakierniczy. Temu oparli się przedsiębiorcy i żądali, ażeby ten obowiązek przyjęły kasy chorych. Robotnicy nie zgodzili się na taką zmianę, twierdząc, że lekarze kas chorych nie są dość niezależni. Ostatecznie więc przerzucono ten obowiązek na barki lekarzy urzędowych.

Przechodząc do lekarskiej strony sprawy, zaznacza autor, że tylko w rzadkich przypadkach napotkamy zupełnie rozwinięte obrazy ołowicy, jak kolkę ołowiczą, porażenia, marskość nerek, których obraz kliniczny jest dobrze znany. Zadaniem lekarza urzędowego będzie rozpoznanie początków ołowicy, właśnie dla zapobieżenia rozwinięciu się typowego obrazu.

Następujące przedmiotowe objawy mogą być użyte do wczesnego rozpoznania: 1) Wyraz twarzy cierpiący, przypominający nieco »risus sardonicus«. 2) Barwa twarzy blada, szaro-żółtawa, aż do ziemistej. 3) Ślad żółtego zabarwienia białkówek, który może się spotęgować aż do wybitnej żółtaczki ołowiczej. 4) W licznych przypadkach widoczny jest powszechnie znany rąbek na dziąsłach. Należy jednak wyraźnie podnieść, że ten rąbek nie ma bezwarunkowo nic wspólnego z zapaleniem błony śluzowej ust, że wydaıza się przy zupełnie zdrowych zębach, że nie należy go mieniać z czarnem zabarwieniem szyjki zęba. W przypadkach wątpliwych zdrapuje się czarniawy albo zielonawy kamień zębowy dla przekonania się, czy zabarwienie odnosi się do dziąsła, czy też do zęba. Rąbka ołowiczego może czasem nie być nawet przy niewątpliwej zresztą ołowicy, ale obecność rąbka zawsze świadczy o dostaniu się ołowiu do ustroju. 5) W wielu przypadkach istnieje wzmożenie odruchów ścięgnistych. 6) Dokładniejsze badanie krwi daje dalsze wskazówki rozpoznawcze, a mianowicie: a) zmniejszenie się ilości krwinek czerwonych; b) zmniejszenie się ilości hemoglobiny; c) badanie drobnowidowe preparatu ustalonego, a zabarwionego jakimś barwikiem zasadowym np. błękitem metylenowym Loefflera albo rozczynem Giemsy wykazuje w wielu krwinkach czerwonych drobniutkie ziarenka (granulacye); te bazofilne ziarenka w krwinkach czerwonych występują także przy innych chorobach krwi i przy stanach charłaczych, a przy ołowicy są częstym, ale nie stałym objawem; d) przy żółtaczce ołowiczej osocze krwi jest żółto zabarwione; po nakłuciu żyły i zebraniu kilku cm^3 krwi można w uzyskanej surowicy wykazać bilirubinę. 7) Mocz zawiera często hematoporfirynę. Wykazuje się ją w ten sposób: Do moczu dodaje się $^1/_5$ część objętości ługu potasowego, odsącza się, osad rozpuszcza się w małej ilości wyskoku zakwaszonego kwasem solnym, a rozczyn ten badany widmowo okazuje znamienne linie pochłonne. 8) W niektórych, ale nie we wszystkich przypadkach można wykryć ołów w moczu lub w kale. 9) W wielu przypadkach istnieje dekstrozurya pokarmowa, czasem także lewulozurya.

Objawy od 1—5 można stwierdzić przez zwykłe badanie, ale żółtaczkę wyłącznie przy dziennem świetle. Dla stwierdzenia objawów we krwi i w moczu trzeba posiadać dobry drobnowid z imersyą, komorę do liczenia krwinek, spektroskop, świeże barwiki bez strątów, a nadto dostateczną wprawę w hematologii. Resztę badań można wykonać jedynie w dobrze urządzonym szpitalu.

Dla badania lekarza urzędowego wystarczy stwierdzenie pierwszych pięciu objawów, gdyż po stwierdzeniu nawet jednego z nich musi lekarz urzędowy skierować robotnika do kasy chorych. Zdarzyć się jednak może, że robotnik zażąda odszkodowania od przedsiębiorcy lub zakładu ubezpieczeń, a wtedy trzeba przeprowadzić wyczerpujące badania we wszystkich kierunkach, a lekarz urzędowy nie ma prawa kierować robotnika do szpitala.

Najwięcej zagraża ołowica tym robotnikom, którzy posługują się materyałem sproszkowanym, a więc w stereotypiach i przy sporządzania i polerowaniu czcionek. Znacznie rzadziej wydarzają się zatrucia ołowiem u innych robotników. Dlatego wskazanem będzie dokładnie zapisywać rodzaj zajęcia robotnika. Weinsberg.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Digalen w bezsenności podawał Sternberg (Therap. Monatsh. 1913, str. 358) z dobrym wynikiem. Działanie leku tłómaczy Sternberg tem, że digalen, regulując czynność serca, sprowadza sen. N.

Aleudryna według Burcharda (Deutsche m. Woch. 1913 p. 1044) jest dobrym lekiem nasennym i kojącym bóle. N.

Digistrophan, kombinacya naparstnicy i strofantusa według Adnana (Allg. med. Zentrzeit 1913, str. 163) ma tę zaletę, że działa szybciej i że nie zauważa się objawów działania zbiorowego (kumulacyi). N.

Narkofinę zaleca Eisner (Ther. Monatsh. 1913 str. 353) jako użyteczny lek narkotyczny, posiadający pewną wyższość nad morfiną, makowcem i pantoponem. W dawkach większych działa narkofina równie silnie, jak tamte. Autor stosuje narkofinę w formie wstrzykiwań oraz w rozczynie 2% po 15—25 kropli. Lek ten zalecano dotąd głównie na zasadzie doświadczeń, zebranych w klinikach i szpitalach. Rosenthal zwraca przeto uwagę (Münchener med. Woch. 1913, Nr 4), że według jego doświadczeń nadaje się narkofina równie dobrze do zastosowania w praktyce prywatnej zamiast morfiny, od której działa dłużej i mniej często wywołuje objawy uboczne. Zwłaszcza zaleca Rosenthal narkofinę do uśmierzania kaszlu u suchotników. Wockenfuss (Münch. med. Woch. 1913, Nr 38) wypróbował na sobie skuteczność narkofiny, jako środka kojącego ból i nasennego w rwie kulszowej. Senge (Deutsche med. Woch. 1913, Nr 38) w pracy swej o przetworach przysadki, wspomina o korzystnem działaniu wstrzykiwań narkofiny dla zmniejszenia bolesności porodu Bh.

Sedobrol, przetwór będący mieszaniną bromku sodu z istotami wyciągowemi roślinnemi. stosowany w padaczce, dodaje się np. do zupy; rozpuszczony w gorącej wodzie może lek ten stanowić przyjemny bulion bromowy. W handlu istnieje w formie tabletek. Jestto lek tani. (Amman, Deutsche m. Woch. 1913 p. 1104). N.

Valamin, ester kw. izokozłkowego wodanu amylenu, środek zastępujący przetwory kozłkowe, jest wodojasnym płynem o aromatycznym zapachu. W handlu znajduje się w kapsułkach po 0,25 gr. Według Lewina (Ther. d. Geg. 1913 p. 162) małe dawki (3—4 kapsułki dziennie) działają uspokajająco, dawki po 0,5 gr wywołują sen u neurasteników. Valamin ulega wessaniu już w żołądku. Ubocznego działania nie wywiera. N.

Przepłukiwania żołądka stosuje się, zdaniem Boasa, w zamiarze leczniczym zbyt często, a niepotrzebnie. Odnosi się to szczególnie do niedowładu, opadnięć, przewlekłych nieżytów i przypadłości nerwowych. Żołądek leczyć należy albo dyetetycznie i wewnętrznie, albo w razie cierpień poważnych chirurgicznie. (85. Zjazd niem. lek. i przyr, Wiedeń, IX. 1913).

O leczeniu olejkiem rącznikowym zapalenia wyrostka robaczkowego wyraża się Sorge (Ther. Monatsh. 1913 str. 185) niepochlebnie. Z kilku historyi chorób, przytoczonych przez autora, okazuje się, że olejek rącznikowy może wywoływać ciężkie niebezpieczeństwa. Dlatego też S. jest tego zdania, że olejek rącznikowy może być podawany przy zapaleniu wyrostka tylko w zakładach, gdzie w razie wystąpienia groźniejszych objawów można zaraz operować. N.

Benzol w przypadkach raka próbował stosować Kiralyfi. Okazało się jednak, że wstrzykiwania benzolu niszczą tkankę rakową tylko ściśle miejscowo; w bezpośredniem już sąsiedztwie części zniszczonych buja ona dalej żywo. (Berl. klin. Woch. 1913, Nr 43). K.

Wpędzanie powietrza do jamy opłucnej po wypuszczeniu wysięków zaleca Schmidt. Wpływa to korzystnie na przebieg, wysięk często już się dalej nie zbiera i nie tworzą się zrosty. (86. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń IX. 1913). K.

Przy przykurczeniach stawów na tle gośćca, urazu lub trypra zaleca Lichtenstein elektryczne przegrzewanie z następowem uruchomianiem. Leczenie to jest przeciwwskazane przy gruźlicy stawu. (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń, IX. 1913). K.

Wstrzykiwanie jałowej waseliny do stawów zaleca Rovsing. Zabieg ten oddał mu cenne usługi przy suchych sprawach zapalnych przewlekłych. R. stosuje te wstrzykiwania także celem zapobieżenia tworzeniu się zrostów po nacięciach i przecięciach stawów, nawet przy gruźlicy. Należy wstrzykiwać ostrożnie i nie za dużo. (Hospitalst. 1913, Nr 31). K.

Zwężenie przełyku leczy Lotheisen sprężynowymi zgłębnikami teleskopowymi, tak, że można część następną wsuwać bez wyjmowania poprzedniej. (Sek. chirurg. 85. Zjazdu lek. niem. Wiedeń, IX. 1913). K.

W sprawie pisania na maszynie podaje Frankfurter następujące spostrzeżenia. Po chwilowym postępie następuje zawsze pewne zwolnienie w nauce. Gdy ręka prawa nabierze już wprawy, lewa nagle zaczyna również lepiej pisać. Poprzednia praca fizyczna zwiększa ilość błędów, podobnie picie mocnej kawy i alkoholu wywołuje zwolnienie szybkości pisania, natomiast brom działa korzystnie. (In. Dissert. Monachium 1912). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

Posiedzenie z d. 4. IX. 1912.

Przewodniczący Dr A. Jaworski. Sekretarz Dr B. Dziemski. Obecnych członków 14, gości 2.

1) Kol. Dziemski przedstawia preparaty mikroskopowe krwi, oraz preparat sekcyjny śledziony osobnika, który będąc chory na **białaczkę** zmarł wskutek przebieżnej dysenteryi. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na zmiany, jakie zaszły w stanie chorego z chwilą przyłączenia się dysenteryi do białaczki, mianowicie rozmiary śledziony zaczęły się szybko zmniejszać i jednocześnie stwierdzono znaczny spadek liczby leukocytów. Analogiczne zmiany u chorych na białaczkę wskutek przyłączenia się duru, ropnego zapalenia opłucnej, gruźlicy prosówkowej, grypy i posocznicy są znane w literaturze. Taki sam wpływ dysenteryi na białaczkę prelegent stwierdził w danym przypadku.

2) Kol. Czerwiński przedstawia: a) macicę wielkości głowy dorosłego człowieka, amputowaną nadpochwowo; na podłużnem przecięciu przedniej ściany widać ogromnych rozmiarów **włókniak podśluzowy** na szerokiej podstawie; b) **torbiel** jednokomorową lewej **małej wargi sromowej,** długości około 8 cm, grubości wielkiego palca, z nieznacznem przewężeniem w 2 miejscach, tak że wygląda, jak gdyby podzielona na 3 równe części. Torbiel ta wisiała na szerokiej nóżce, która wyglądała zupełnie podobnie do krezki jelit. Cały ten twór zajmował przestrzeń od podstawy łechtaczki aż do dolnego końca lewej dużej wargi sromowej. Nowotwór odcięto wzdłuż brzegu i po podwiązaniu jednego broczącego naczynia zeszyto szeregiem szwów węzełkowych.

3) Kol. Dobrucki przedstawia szereg preparatów **pęcherzyków żółciowych**, otrzymanych ostatnimi czasy drogą operacyjną.

4) Postanowiono na najbliższe posiedzenie Zarządu zaprosić byłego sekretarza Towarzystwa w celu ułożenia sprawozdania do druku za rok ubiegły.

5) Kol. Borsukiewicz i kol. Jasiński proponują na najbliższe posiedzenie omówienie sprawy leczenia dysenteryi. — Kol. Dobrucki uważa za celowe, aby ktoś z kolegów, ewentualnie wnioskodawcy, podjęli się zreferowania tej sprawy. — Kol. Dziemski uważa za właściwe uwzględnić w referacie nietylko leczenie, lecz i patogenezę dysenteryi.

Opracowanie powyższego referatu wzięli na siebie kol. Borsukiewicz i kol. Jasiński.

6) Przyjęto w poczet członków Towarzystwa kol. Modzelewską.

Posiedzenie z d. 4. X. 1912.

Przewodniczący Dr Dobrucki. Sekretarz Dr B. Dziemski. Obecnych członków 14, gości 2.

1) Kol. Dobrucki przedstawia dwóch chorych po **operacyi dróg żółciowych.**

2) Kol. Jasiński: **O etyologii dysenteryi.**

3) Kol. Borsukiewicz: **O leczeniu dysenteryi.**

Wobec spóźnionej pory dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia. Do głosu zapisali się kol.: Arnsztajn, Dobrucki, Dziemski, Klarner i Płaczkiewicz.

Posiedzenie z d. 4. XI. 1912.

Przewodniczący Dr Dobrucki. Sekretarz Dr B. Dziemski. Obecnych członków 14, gości 3.

1) Kol. Dobrucki przedstawia 2 preparaty **wyrostków robaczkowych** z wielkiemi zmianami anatomicznemi, wycięte u chorych, przedstawiających bardzo małe objawy kliniczne.

2) Kol. Gniazdowski przyjęty został jednomyślnie w poczet członków Towarzystwa.

3) Dyskusya nad referatami kol. Jasińskiego i kol. Borsukiewicza: **O etyologii i leczeniu dysenteryi.**

a) Kol. Arnsztajn mówi o trudnościach rozpoznawania dysenteryi na podstawie objawów klinicznych, przytacza przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, łudząco podobny do dysenteryi i wyraża zdanie, że zapalenie ślinianek przyusznych przy dysenteryi zawsze daje złe rokowanie. Przypuszczając istnienie ropnia podprzeponowego, stosuje mowca mocniejsze opukiwanie. Na leczenie surowicą zapatruje się sceptycznie, ponieważ nie otrzymał dodatnich wyników przy tej metodzie leczenia. Z leków aptecznych wzorem lekarzy francuskich stosuje wymiotnicę (ipecacuanha), przeciwko bólom zaleca czasami gorące okłady, powstrzymuje się w ostrym okresie od przemywań kiszki stolcowej, niekiedy w razach silnego krwawienia zaleca lód do kiszki stolcowej.

b) Kol. Dobrucki, nawiązując do przemówienia kol. Arnsztajna, zaznacza, że wgłobienia mogą dawać objawy, podobne do dysenteryi i przytacza przypadek wgłobienia, zależnego od polipowatości kiszki (colitis hypertrophica polyposa), który dawał objawy dysenteryi. W sprawie leczenia chirurgicznego dysenteryi wspomina o sposobie przepłukiwania całej kiszki grubej przez wyrostek robaczkowy. Mówiąc o powikłaniach dysenteryi, wyjaśnia, dlaczego należy przy ropniach podprzeponowych mocno opukiwać, zaś co do bakteryologii ropni wątroby stwierdza, że ropa ta nie zawiera wogóle bakteryi; wreszcie nadmienia, że w sferach podzwrotnikowych bywają bardzo częste ropnie wątroby po dysenteryi.

c) Kol. Dziemski różniczkuje odmiany rozmaitych bakteryi czerwonki na podstawie ich zachowania się względem podłóż kolorowych, zawierających lakmus i różne węglowodany, zastrzegając się, że metoda ta daje wyniki dość zmienne. Większe znaczenie rozpoznawcze przedstawia ta okoliczność, że bakterye typu Shiga-Kruse nie wytwarzają indolu, natomiast wszystkie inne bakterye czerwonki, zarówno typu Flexnera, jak Hissa i Russela, dają wyraźny odczyn indolowy. Bakterye typu Shiga-Kruse wywołują toksyczną formę biegunki krwawej i surowica Shigi zawierająca swoiste antytoksyny, a zastosowana we właściwym czasie, t. j. w okresie wczesnym, daje wyniki dodatnie w tej mierze, co i surowica przeciwbłonicza, stosowana we właściwych przypadkach. Pozostałe odmiany bakteryi czerwonki nie wydzielają rozpuszczalnych jadów, różnią się zatem zasadniczo od typu Shiga-Kruse. Wobec tych różnic biologicznych pomiędzy rozmaitemi odmianami bakteryi dysenteryi, jasną jest rzeczą, że dodatni wynik seroterapii nastąpić może tylko przy racyonalnem stosowaniu tej metody, t. j. po poprzedniem bakteryologicznem badaniu stolców. W handlu prócz surowicy Shigi znajduje się jeszcze surowica Gaya, zalecana przy zakażeniu bakteryami typu Flexnera; są też surowice wielowartościowe, t. j. przedstawiające mieszaninę surowic otrzymywanych z paru koni, z których każdy został uodporniony inną odmianą bakteryi. Surowice te co do skuteczności nie mogą się równać z surowicą Shigi i wpływ ich sprowadza się głównie do tamowania krwawień. Dawka surowicy Shigi wyrobu fabryki w Höchst w lekkich przypadkach wynosi 80—100 cm³ (podług Georga Jochmana) dla dorosłej osoby; surowicy wielowartościowej należałoby zatem wstrzyknąć przynajmniej 2—3 razy tyle. Najwłaściwiej wstrzykiwać dostateczną ilość surowicy jednorazowo. Kol. Dziemski w niezbyt ciężkich przypadkach nie stosuje wcale surowicy przeciwczerwonkowej. W jednym bardzo ciężkim przypadku, trwającym kilkanaście dni, po wstrzyknięciu surowicy Shigi z fabryki w Höchst zauważył polepszenie w ciągu pierwszych 24 godzin, a mianowicie zniknięcie krwi ze stolców, ustąpienie bólów i wzdęcia i zmniejszenie ilości wypróżnień. Makowca, jako środka zmniejszającego fagocytozę, kol. Dziemski unika, przemywań w ostrych przypadkach nie zaleca nigdy. Podaje laktobacylinę z cukrem mlecznym co 2 godziny po parę łyżek. W sprawie rozpoznania pewną trudność nastręczyć może wgłobienie, zwłaszcza w okresie zgorzeli wpochwionej części, kiedy prócz krwawych stolców wprowadza w błąd cuchnienie gnilne. Co do powikłań czerwonki w postaci ropnia wątroby wyraża kol. Dziemski przypuszczenie, że ropienie to powstaje wskutek wtórnego zakażenia owrzodzeń kiszki grubej bakteryami ropnemi, skąd drogą żyły wrotnej bakterye przedostają się do wątroby. Zapalenie ślinianek w przebiegu czerwonki również powstaje drogą zakażenia wtórnego z jamy ustnej, jak to się zdarza i w innych chorobach zakaźnych.

d) Kol. Klarner zaznacza, że znane są w piśmiennictwie przypadki wykrycia w ropniach poczerwonkowych wątroby paciorkowców pochłoniętych przez ameby. Kol. Klarner jest zwolennikiem leczenia czerwonki surowicą, wyraża przytem życzenie, aby unormować dawkowanie, ponieważ różne pracownie dają różne ilości surowicy. Z leków aptecznych stosuje chętnie tannigen, który wywiera działanie dopiero po przejściu z żołądka do jelit, natomiast oświadcza się stanowczo przeciwko stosowaniu przy czerwonce wymiotnicy.

e) Kol. Płaczkiewicz spostrzegał 18 chorych na dysenteryę, stosując 20—30 cm³ surowicy, przeważnie 4—5. dnia choroby. Z 15 chorych leczonych surowicą zmarło 3; z 3 chorych leczonych bez surowicy nie umarł żaden. Badania bakteryologicznego w żadnym przypadku nie dokonano, wobec czego pozostaje niewiadomem, czy stosowanie surowicy miało racyonalną podstawę.

f) Kol. Cynberg, stosując w początkach choroby olej rącznikowy, zauważył, że obfite wypróżnienia dają dobre rokowanie, skąpe zaś wypróżnienia dają złe rokowanie. Co do działania surowicy przeciwczerwonkowej, widywał dodatnie wyniki u dzieci do lat 3, powyżej tego wieku nie miewał żadnych wyników.

g) Kol. Staniszewski mówi o przypadku zatrzymania moczu, jako o powikłaniu czerwonki.

h) Kol. Jasiński w przemówieniu końcowem podkreśla jeszcze raz znaczenie badania bakteryologicznego dla rozpoznania i leczenia czerwonki zapomocą surowicy. Surowica przeciwczerwonkowa ma przyszłość jako »par excellence« antytoksyczna. Różniczkowe jednak rozpoznanie lasecznika Shiga-Kruse od lasecznika typu Flexnera jest trudne; najpewniejsze dane daje aglutynacya. Odczyn indolowy, zdaniem kol. Jasińskiego, nie ma znaczenia.

i) Kol. Borsukiewicz w zakończeniu dyskusyi odpowiada kol. Dobruckiemu i innym biorącym udział w dyskusyi, że w znacznej części dyskusya toczyła się nie na temat, mianowicie o powikłaniach dysenteryi i o przewlekłej dysenteryi; kol. Arnsztajnowi i kol. Płaczkiewiczowi, że sceptyczny pogląd ich na działanie surowicy tłomaczy sobie tem, iż koledzy ci nie trafili na odpowiednie przypadki bakteryjne; wśród przypadków prelegenta było także parę mniej pomyślnych; słabą stroną stosowania surowicy jest

brak badania bakteryologicznego przynajmniej w niektórych seryach przypadków. Kol. Dziemskiemu odpowiada, że pomimo zasadniczej dążności nie możemy zawsze określić odrazu ilości surowicy potrzebnej dla danego przypadku i analogicznie do leczenia błonicy zmuszeni jesteśmy do ponowienia wstrzykiwań w pierwszych dniach i że dopiero po 10 dniach leczenia surowicą należy obawiać się objawów anafilaktycznych. Mowca nie zgadza się z oponentem na usunięcie z leczenia dysenteryi makowca, gdyż ten środek zmniejsza bóle i ruch robaczkowy jelit. Gdy makowiec nie usunie tych dolegliwości, uważa za pożyteczne zastosowanie niekiedy morfiny. Nie zgadza się z kol. Klarnerem na pominięcie wymiotnicy w leczeniu czerwonki.

k) Kol. Dobrucki, jako przewodniczący zebrania, wyraża podziękowanie prelegentom za inicyatywę i trud w opracowaniu tematu, zaznacza przytem, że dobrze się stało, iż w dyskusyi uwzględniono zarówno powikłania czerwonki, jak przebieg przewlekły tej choroby. B. Dziemski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo »Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.« miało w r. 1912/13 członków 457, dochodu 5477 kor., rozchodu 3119 kor. Za pośrednictwem Towarzystwa nabyli słuchacze medycyny na dogodnych warunkach dzieł lekarskich za przeszło 6600 kor., przyczem Towarzystwo osiągnęło 428 kor. zysku. Biblioteka zwiększyła się przez zakupy i dary o 73 dzieła, nie licząc kilkunastu tomów czasopism, ofiarowanych przez redakcye bezpłatnie. Towarzystwo wydało »Tablice do analizy jakościowej«, zestawione przez Dr J. Robla i drugie wydanie skryptów »Histologii ogólnej« według wykładów prof. Maziarskiego. Odczytów urządzono dwa; w łonie Towarzystwa powstało kółko, zbierające się dla omawiania referatów z nauk lekarskich. Sprawa złączenia się Towarzystwa z »Bratnią pomocą medyków« była w toku, nie została jednak jeszcze zakończona. Prezesem Towarzystwa był p. Stryjeński, kuratorem prof. Dr Rosner.

— Towarzystwo młodzieży rusko-ukraińskiej »Medyczna hromada« we Lwowie miało w r. 1912/13 członków 72, dochodu 1059 kor., rozchodu 1013 kor., funduszu sanatoryalnego 777 kor. Inwentarz sanatoryum (o 12 łóżkach) przedstawiał wartość 3167 koron.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 4. VI. 1913 znajdowały się m. i. następujące komunikaty: 1) St. Serkowski: »Bacillus putrificus nov. spec.«. 2) Simchowicz: »Przyczynek do doświadczalnie wywoływanych zmian troficznych w zatruciu tyreoidyną«, a na posiedzeniu Wydziału II. w d. 5. VI. 1913 komunikaty: 1) M. Trzcińska: »Objawy pletysmograficzne podczas pracy umysłowej«. 2) J. Zając: »Badania przestrzenności widzianej. Położenie punktów podwójnych«.

— Dla uczczenia pamięci ojca złożyły dzieci ś. p. Feliksa Brudzińskiego na ręce p. Zofii Rządziny 5000 rb. na wydanie dzieła zbiorowego z zakresu pedyatryi.

— P. Hortensya Lewentalowa ofiarowała 5000 rb. na budowę drugiego skrzydła sanatoryum w Rudce.

— P. Emil Repphan ofiarował 300.000 rubli na budowę szpitala w Kaliszu.

Poznań. Program uroczystości jubileuszowej »Nowin lekarskich« jest następujący: W sobotę 13. XII. o 5 popołudniu uroczyste posiedzenie w sali Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk. Po zagajeniu i wyborze prezesów honorowych nastąpią przemówienia delegatów i redaktora »Nowin«, a potem wykłady: 1) Prof. Wrzoska: »Lekarze wielkopolscy«. 2) Prof. Godlewskiego: »Pogląd na właściwości twórcze materyi żywej«. O godz. 9 wspólna wieczerza w Hotelu Francuskim. W niedzielę 14. XII. 1913 od 9—12 rano zwiedzenie zakładu SS. Miłosierdzia, sanatoryum SS. Elżbietanek, szpitalika dziecięcego im. św. Józefa, kliniki ocznej radcy Wicherkiewicza i zbiorów przyrodniczych muzeum im. Mielżyńskich, o 12 w poł. posiedzenie naukowe, poprzedzone demonstracyą Dr Herynga własnej metody prześwietlania tkanek i narządów. Na posiedzeniu odbędą się wykłady: 1) Prof. Wicherkiewicza: »O jaskrze zwykłej i jej leczeniu«. 2) Dr Rzętkowskiego: »O niedomodze mięśnia sercowego«. 3) Doc. Janowskiego: »Parę uwag praktycznych z powodu wyników badania ciśnienia krwi w stwardnieniu naczyń i zapaleniu nerek«. O godz. $5^1/_2$ zwiedzenie zakładu ortopedycznego im. Gąsiorowskiego, o g. 8 przedstawienie w teatrze polskim, poczem herbata w »Domu przemysłowym«. W poniedziałek 15. XII. 1913 zwiedzenie osobliwości miasta, popołudniu wycieczki zamiejskie.

Z różnych stron. Egzamina lekarskie złożyło w Kijowie we wrześniu b. r. 41 Polaków, w tej liczbie 10 absolwentów Uniwersytetu Jagiellońskiego i lwowskiego.

Zmarli: Dr Edward Karnicki w 75 r. ż. w Petersburgu; Dr Franciszek Trybulec, lekarz miejski w Przemyślu, w 55 r. ż.

Redakcya otrzymała: Dębiński: Wartość terapeutyczna tuberkuliny i wskazania do jej stosowania. (Gaz. lek. 1913). — Dębiński i Tuz: Próby odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej zapomocą odczynów tuberkulinowych z określeniem miana tuberkuliny. (Gaz. lek. 1913).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LII. Kraków, dnia 20 grudnia 1913. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Kiłowe schorzenie tętnicy głównej. Ostry przebieg choroby. Śmierć skutkiem zamknięcia ujścia tętnic wieńcowych serca.

Opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

Jakkolwiek medycyna kliniczna oddawna uważała zakażenie kiłowe za ważny czynnik przy powstawaniu chorób tętnic i starała się to swoje stanowisko uzasadnić zapomocą zestawień statystycznych, które zwłaszcza dla ocenienia patogenezy tętniaków i miażdżycy tętnicy głównej, spotykanej u osób nie starych, dostarczać miały dowodów, że jad kiłowy odgrywa tutaj bardzo wybitną rolę, — to jednak nauka o kiłowem pochodzeniu tych schorzeń nie mogła się utrwalić i rozpowszechnić. Brakowało jej oparcia i uzasadnienia w badaniach anatomicznych. Chodziło mianowicie o to, aby rozdzielić zasadniczo dwa pojęcia: pojęcie właściwej miażdżycy, sprawy degeneracyjnej, właściwej podeszłemu wiekowi, od pojęcia kiłowego zapalenia tętnicy. I nawet wtedy, gdy Doehle, uczeń Hellera, wykazał przez bardzo szczegółowe badania, że między obydwiema sprawami zachodzą zasadnicze różnice i określił zupełnie ściśle cechy anatomiczne zmian kiłowych w tętnicy głównej, zaledwo część patologów zgodziła się z zapatrywaniem szkoły kilońskiej. Część druga trwała przy dawniejszym unitarystycznym poglądzie, według którego różny anatomiczny obraz w chorych tętnicach miał być tylko wyrazem różnego kolejnego rozwoju zmian w jednej i tejsamej sprawie. Od ostatniej pracy Doehlego, ogłoszonej w r. 1894, minęło jeszcze prawie dziesięć lat, zanim nowa nauka zyskała powszechne uznanie. Zasadniczy zwrot dokonał się dopiero w r. 1903, a wyrazem jego były odczyty Bendy [1]) i Chiariego [2]), wygłoszone na zjeździe, urządzonym w Cassel przez niemieckie Towarzystwo patologiczne. Od tego czasu zaczęły się ukazywać coraz częściej prace, poświęcone kile tętnic i coraz częściej odbywały się wykłady na ten temat w rozmaitych naukowych ogniskach lekarskich. Do najnowszych należy wykład Oberndorfera [3]) w monachijskiem Towarzystwie lekarskiem.

Obecnie powszechnie już, zarówno medycyna kliniczna, jak anatomia patologiczna, rozróżnia dwie sprawy: starczą miażdżycę tętnic i kiłowe schorzenia tętnic, w pierwszym rzędzie tętnicy głównej. Pierwsza z nich nosi nazwę »endoaortitis chronica deformans«, druga »mesaortitis productiva« (Chiari), lub »gummosa« (Benda). Oprócz tego używają niektórzy autorowie innych jeszcze nazw. I tak Heller posługuje się określeniem »mesarteriitis syphilitica«. Malmsten mówi o »aortitis sclero-gummosa«, Marchand o »sclerosis fibrosa«, Rasch wprowadził nazwę »aortitis fibrosa«; v. Düring używa wprost określenia »aortitis syphilitica«.

Odróżnienie jednej postaci od drugiej sprawiać może niekiedy pewne trudności, gdy chodzi o ludzi starszych, u których istnieją także zwykłe zmiany miażdżycowe. I w takich przypadkach uciekać się trzeba koniecznie do badania drobnowidowego skrawków, sporządzonych z tętnicy. Obraz, z jakim się spotykamy, jest tak cechujący, że rozpoznanie według niego kiłowego pochodzenia sprawy jest rzeczą zupełnie łatwą. Według opisu Chiariego przedstawia się on w następujący sposób: »W obrazie mikroskopowym zwracają na siebie uwagę w pierwszym rzędzie zmiany w błonie mięsnej naczynia. Widać w niej gęsto rozrzucone ogniska zapalne. W jednych z nich przeważa naciek drobnokomórkowy, w innych tkanka ziarninowa lub wprost tkanka łączna. Trzymają się one przebiegu naczyń odżywczych, które zresztą występują w ilości większej, aniżeli w zdrowej tętnicy. Kształt ognisk jest skutkiem tego podłużny, a kierunek bądź prostopadły, bądź skośny do osi naczynia. Do rzadszych zjawisk należy obecność komórek olbrzymich. Tu i owdzie spotkać można rozpad nowowytworzonej tkanki, oraz martwicę włókien mięsnych, przez co powstają drobne ogniska, otoczone dokoła tkanką ziarninową. Włóknista tkanka łączna odznacza się skłonnością do bliznowacenia. Pasma jej rozsuwają się przez całą szerokość błony mięsnej, dochodzą do błony wewnętrznej i sprawiają, że wewnętrzna powierzchnia naczynia traci prawidłowe gładkie wejrzenie, że powstają na niej bruzdy

[1]) Benda. Deutsche med. Wochenschrift, 1903, str. 330.

[2]) Chiari. Ibidem.

[3]) Oberndorfer. Die syphilitische Aortenerkrankung. Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, Nr 10.

i wyniosłości. Sama błona wewnętrzna zachowuje się rozmaicie. Niekiedy nie okazuje żadnych zmian, w innych przypadkach jest zgrubiała, w innych wreszcie znajdują się zmiany wsteczne, podobne zupełnie do zmian, spotykanych przy zwykłej miażdżycy. Widać wtedy i rozpad tłuszczowy i owrzodzenia miażdżycowe i złogi soli wapniowych. W błonie zewnętrznej toczy się podobna sprawa zapalna, jak w błonie mięsnej. I w niej widać ogniska z naciekiem drobnokomórkowym lub z tkanką ziarninową; w dalszym ciągu sprawy rozwija się tkanka włóknista. Do pospolitych zjawisk należy rozrostowe zapalenie drobnych tętniczek (endoarteriitis proliferans)«.

Znaczenie badań anatomicznych o kiłowych schorzeniach tętnic wychodzi daleko poza granice czysto naukowe teoretyczne. Posiadają one także niemałe znaczenie praktyczne.

Z chwilą, kiedy poglądy szkoły kilońskiej zyskały powszechne uznanie i kiedy po ich myśli zaczęto oceniać wyniki oględzin pośmiertnych, pokazało się dobitnie, jak wielką rolę odgrywa kiła przy powstawaniu chorób narządu krążenia. Wykazać to można wprost cyframi. Eug. Fränkel[4]) podaje, że wśród 102 przypadków konstytucyonalnej kiły znalazło się 53 schorzeń kiłowych aorty, które były bezpośrednią przyczyną śmierci. E. Stadler[5]), zestawiając taki sam materyał sekcyjny z zakładu anatomii patologicznej w Lipsku od r. 1906—1911, naliczył 256 przypadków kiły nabytej. W 211 znajdowały się zmiany kiłowe w tętnicy głównej, a w 117 stanowiły te zmiany przyczynę śmierci. Zupełnie podobnie opiewa sprawozdanie Oberndorfera[6]), oparte na materyale sekcyjnym szpitala miejskiego w Monachium. Z ogólnej liczby 1436 badań pośmiertnych, wykonanych od połowy roku 1910 do początku roku 1913, znaleziono w 99 przypadkach kiłę tętnicy głównej. Stanowi to 6·89% całego materyału sekcyjnego z tego czasu. Na uwagę zasługuje tu także nieco dawniejsza, z r. 1907 pochodząca praca Rascha i Wiesnera[7]). Dowiadujemy się z niej, że przy sekcyi zwłok kiłowych noworodków znajdowano cechujące zmiany kiłowe bądź to w tętnicy głównej, bądź też w tętnicy płucnej, odsetkowo w 67·4% przypadków.

Z wynikami badań pośmiertnych idą ręka w rękę wyniki badań serologicznych sposobem Wassermanna. Sprawozdań o nich posiadamy już sporą liczbę. Kilka z nich przytoczymy dla przykładu. Autorowie rosyjscy, Tuszinski i Iwaszencow[8]) znajdowali stale wstrzymanie hemolizy w przypadkach tętniaków, a w 68% przypadków wszystkich schorzeń zastawek aorty. Lekarze amerykańscy Cummer, Clyde i Dexter[9]) podają liczbę przypadków schorzeń tętnicy głównej i ujścia tętniczego lewego z dodatnim odczynem Wassermanna na 75%. W najnowszej pracy Deneckego[10]) z r. 1913 znajdujemy co do tych samych chorób jeszcze wyższą cyfrę, sięgającą 86·6%, a nadto w pracy tej spotykamy się z uwagą, że liczba ta jest w rzeczywistości jeszcze za nizka. Do podobnych wyników dochodzili i ci autorowie, którzy do badań swoich używali krwi, pochodzącej ze zwłok. Należą do nich Fränkel i Much[11]), Seligmann i Blume[12]), Schlimpert[13]), Gruber[14]) i in.

Jeżeli uwzględnimy, iż wszystkie te badania, o których wspomnieliśmy raczej dla przykładu tylko, miały za podstawę materyał, zebrany w krótkim stosunkowo przeciągu czasu, to temsamem zyskamy także miarę dla określenia wielkiej częstości kiłowych schorzeń tętnic wogóle. I tu zresztą opierać się możemy na ściślejszych liczbowych danych. Podają je m. in. prace Deneckego[15]) i Goldscheidera[16]). Pierwszy z nich naliczył w ciągu lat czterech około 200 należących tu przypadków, drugi w ciągu dwóch lat 136. Że liczba tego rodzaju chorych jest wcale pokaźna, o tem wiem także z własnego doświadczenia, opartego na badaniach materyału szpitalnego i z praktyki prywatnej.

Wobec znacznego względnie rozpowszechnienia piśmienniczych wiadomości o kiłowych schorzeniach tętnic sądzićby można, że przyjęły się one już zupełnie w świecie lekarskim i przestały być także w życiu praktycznem nowością. W rzeczywistości nie doszło jeszcze do tego. Podnosi to bardzo wyraźnie Goldscheider, mówiąc: »Es ist meine Ueberzeugung, dass die Diagnose dieser Erkrankung noch viel zu selten gestellt wird und namentlich viel zu selten frühzeitig gestellt wird. Aus diesen Gründen möchte ich meine bisherigen Erfahrungen über diese Krankheitsform mitteilen, um die Aufmerksamkeit der Praktiker auf dieselbe zu lenken und zur weiteren Beschäftigung mit diesem Gegenstande anzuregen«.

Zajmując się sprawą kiłowych schorzeń aorty, ma przed sobą lekarz na polu leczenia zgoła inne zadanie i inne widoki powodzenia, aniżeli wobec zwykłej miażdżycy tętnic, o której swego czasu wyraził się Bamberger: »Der Prozess kann nicht geheilt und somit nicht behandelt werden«. Zapewne nie leży w naszej mocy, aby i w przypadkach schorzeń kiłowych usunąć to wszystko, co stało się następstwem zapalenia, ale w każdym razie zdziałać możemy tyle, że postawimy tamę dalszemu rozwojowi choroby, a może i przyczynimy się do częściowego przynajmniej ustąpienia zmian, które już powstały. Znaczy to w każdym razie wiele, jeśli choremu wróci się zdolność do pracy na pewien przeciąg czasu i przedłuży życie. Wszak chodzi tu przeważnie o ludzi nie starych jeszcze, przeciwnie o ludzi w sile wieku, między 35. a 50. rokiem życia. W bieżącem

---

[4]) Eug. Fränkel. Sprawozd. z rozpraw. Münch. med. Wochenschrift 1912, Nr 16.

[5]) Ed. Stadler. Die Klinik der syphilitischen Aortenerkrankungen. Jena 1912.

[6]) Oberndorfer l. c.

[7]) Rasch i Wiesner. Wiener klin. Wochenschrift, 1907, Nr 18.

[8]) Tusziński i Iwaszencow. Ref. Zentrbl. f. d. ges. inn. Med. u. ihre Grenzgebiete, T. II, str. 201.

[9]) Cummer, Clyde i Dexter. Ref. Zentrblt f. d. ges. inn. Med. u. Grenzgebiete. T. III, str. 426.

[10]) Denecke. Ueber die syphilitische Aortenerkrankung. Deutsche med. Wochenschrift 1913, Nr 10.

[11]) Fränkel i Much. Die Wassermann'sche Reaktion an der Leiche. Münch. med. Wochenschrift, 1908. Nr 48.

[12]) Seligmann i Blume. Die Luesreaktion an der Leiche. Berl. klin. Wochenschrift, 1909, Nr 24.

[13]) Schlimpert. Beobachtungen bei der Wassermann'schen Reaction. Deutsche med. Wochenschrift, 1909, Nr 32.

[14]) Gruber. Ueber Untersuchungen mittels der Wassermannschen Reaktion an der Leiche. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr 25.

[15]) Denecke. l. c.

[16]) Goldscheider. Ueber die syphilitiscne Erkrankung der Aorta. Mediz. Klinik, 1912, Nr 12.

piśmiennictwie mamy niemało już podstaw, aby wierzyć w skuteczność leczenia przeciwkiłowego. Osobiście jestem zupełnie o tem przekonany także na mocy własnych spostrzeżeń, z których zdawałem w swoim czasie sprawę [17]). Wynik leczenia zależy zresztą od tego, jak rozległe są zmiany w aorcie, a może w wyższym jeszcze stopniu od tego, jakie jest ich siedlisko. Ze względu na to siedlisko odróżnićby można 4 poniekąd typy zasadnicze. Typ pierwszy, najlżejszy, a więc i najpodatniejszy dla leczenia, cechuje się tem, że sprawa kiłowa ogranicza się do małej przestrzeni, nie zajmuje ani zastawek, ani tętnic wieńcowych. W typie drugim spotykamy zmiany na zastawkach i w pierścieniu zastawkowym, a więc t. zw. miażdżycową niedomykalność zastawek. Typ trzeci przedstawiają tętniaki aorty. Wreszcie typ czwarty, najcięższy i w rokowaniu najgorszy, cechuje się zabarykadowaniem ujścia tętnic wieńcowych. Odznaczają go napady dusznicy bolesnej i bezsilność mięśnia sercowego. Spotykamy go w większości przypadków sekcyjnych, o których zdają sprawę współczesne prace, poświęcone kiłowym schorzeniom aorty. W publikacyi Stadlera znajdujemy wzmiankę o 95 badaniach pośmiertnych tego rodzaju przypadków. W 9 z nich stanowiło zamknięcie tętnic wieńcowych jedyną przyczynę śmierci, w 37 istniało obok niedomykalności zastawek; w 22 nastała śmierć skutkiem samej tylko niedomykalności, w reszcie, t. j. w 27, było zejście śmiertelne następstwem tętniaków. Niedrożność ujścia tętnic wieńcowych stwierdzono więc 49 razy na 95 sekcyi, czyli odsetkowo w 51·5%.

Ze względu na ciężkie następstwa zmian, usadowionych w bezpośredniem sąsiedztwie tętnic wieńcowych, po części także w samem ich ujściu, posiada ten czwarty typ schorzeń kiłowych aorty bardzo wielkie praktyczne znaczenie. Wobec ciężkiego i szybkiego przebiegu rozstrzyga dobre i rychłe rozpoznanie wprost o śmierci lub życiu chorego. Że odpowiednie leczenie i tu także może przynieść niemałą korzyść, o tem świadczą spostrzeżenia Weintrauda [18]) co do działania salwarsanu. Oprócz wielu lżej chorych leczył ten autor 5 chorych, okazujących objawy niedomykalności zastawek aorty znacznego stopnia, powikłane napadami dusznicy bolesnej przy zupełnej niesprawności mięśnia sercowego. Skutek był tak dobry, że napady dusznicy ustąpiły zupełnie. a zdolność do pracy powróciła w znacznej części. Wyjątkowo wszakże zdarzają się przypadki, w których choroba czyni tak gwałtowne postępy, że mówićby wprost można o przebiegu ostrym. W chwili, kiedy chorzy zgłaszają się o radę i pomoc, są tu zmiany tak już znaczne, że wszelkie leczenie okazuje się nieskuteczne; nawet przemijającej poprawy spodziewać się wtedy nie można. Z przebiegiem tego rodzaju nie spotkałem się dotychczas ani razu, pomimo że co roku mam sposobność widywać sporą liczbę chorych z kiłowemi schorzeniami narządu krążenia. Dopiero w lecie b. r. zdarzyło mi się widzieć chorego, u którego od pojawienia się pierwszych objawów choroby do śmierci minęło niespełna 10 tygodni. Spostrzeżenie to zasługuje, jak sądzę, na pewną uwagę.

Nikola B. urodzony w r. 1879, robotnik kolejowy z Sarajewa, wyznania prawosławnego, żonaty, zgłosił się na oddział 29. lipca 1913.

Wywiady. Chory żali się na bóle napadowe w okolicy serca, rozciągające się na klatkę piersiową i na kończyny górne, zwłaszcza na lewą. Bólom towarzyszy uczucie duszności i strachu. W czasie napadu występuje bladość skóry, często mrowienie, zwłaszcza w palcach u rąk, uczucie bezsilności; skóra okrywa się obfitym zimnym potem. Nierzadko pojawiają się mdłości i odbijania. Przypadłości te trwają od połowy czerwca b. r. W tym czasie (9. VI.) poddał się chory operacyi przepukliny pachwinowej. W historyi choroby, użyczonej mi do przejrzenia z oddziału chirurgicznego, niema zupełnie wzmianki o jakichkolwiek nieprawidłowych objawach ze strony serca, przeciwnie znajdujemy zapisek: »Interner Befund normal«. Widocznie w chwili przyjęcia na oddział nie skarżył się chory zupełnie na przypadłości sercowe, a badanie przedmiotowe nie wykryło ważniejszych zboczeń. Wywiady co do kiły najzupełniej ujemne.

Stan obecny. Chory, silnie zbudowany, dobrze odżywiony, o miernie rozwiniętej podściółce tłuszczowej, zwraca do pewnego stopnia uwagę bladością skóry i błon śluzowych. Kościec pod każdym względem prawidłowy; na skórze nie ma nigdzie podejrzanych blizn. Na karku wymacać można jedyny tylko, mały, dość twardy gruczoł chłonny. W gardle, poza miernym nieżytem, zmian niema. W zakresie narządu oddechowego tylko nieznaczny nieżyt oskrzeli.

Narząd krążenia. Uderzenia serca rozlane. niezbyt silne; uderzenie końca serca w V międzyżebrzu, nieco poza linią sutkową widzialne i wyczuwalne na przestrzeni nieco większej, aniżeli to bywa w warunkach prawidłowych. Nadto zwraca uwagę miarowe wstrząśnienie w górnej części mostka, oraz wyraźne tętnienie tętnic podobojczykowych, zwłaszcza lewej. Tętnica szyjna lewa tętni również silniej, aniżeli prawa.

Stłumienie sercowe rozciąga się od lewego brzegu mostka dwa ctm. poza linię sutkową, w górę sięga do górnego brzegu IV żebra. Nad mostkiem i wzdłuż tegoż po stronie prawej na wysokości 2. i 3, międzyżebrza znajdnje się pas stłumionego odgłosu miernego natężenia. Tony sercowe ciche, dość tępe. Nad końcem serca przy słabym tonie skurczowym miękki szmer. Podobny szmer daje się słyszeć także nad rękojeścią mostka; sprawia on raczej wrażenie chuchania. Tętnica sprychowa o ścianach podatnych. Tętno równe, miernie napięte, fala tętna nie wysoka; liczba tętna zmienna, 80—100. Parcie krwi średnie 96 m/m, skurczowe — 133 m/m, rozkurczowe — 59 m/m (v. Recklinghausen). Przy dokładniejszem oglądaniu krzywych tętna zwraca uwagę niezupełna równość pojedynczych fal; mniej wyraźna jest różnica między długością



Ryc. 1.

trwania okresów. Kilkakrotne podniesienie się chorego w łóżku lub powtarzane ruchy ramionami sposobem gimnastyki pokojowej wywołują dość znaczne przyspieszenie tętna, zmalenie fal, uczucie zmęczenia i mierną duszność.

Narządy jamy brzusznej nie okazują żadnych zmian. Skład moczu prawidłowy. Skład krwi: Hemoglobiny 70%, l. c. czerw. 4,100.000, l. c. biał. 8600, odsetkowy stosunek

---

[17]) L. Korczyński. O kiłowych schorzeniach narządu krążenia. Przegl. lek. 1910, Nr 1—5. Therapeutische Erfahrungen mit dem Ehrlich-Hata'schen Arsenpräparate bei Erkrankungen innerer Organe syphilitischen Urprunges, Oester. Aerzte-Zeitung, 1910, Nr 19—20.

[18]) Weintraud. Ueber Salvarsanbehandlung syphilitischer Gefässerkrankungen. Therapie d. Gegenw. 1911. Oktoberheft.

leukocytów: 66·5% neutrochłonnych, 30% limfocytów, 1·5% przejściowych, 2% eozynochłonnych.

W czasie wolnym od napadów bywał chory względnie swobodny, unikał tylko silniejszych ruchów, wiedząc z doświadczenia, że mu szkodzą. Napadów obawiał się niewymownie i nadmieniał, że uczucie, jakiego wśród nich doznaje, jest tak straszne, że opisać go niepodobna. Kilkakrotnie mieliśmy je sposobność spostrzegać. Za każdym razem trwały względnie długo, z krótkiemi przerwami, do dwu godzin, czasem nawet dłużej. Wyraz chorego zmieniał się wtedy doraźnie, rysy twarzy mówiły o uczuciu strachu, którego chory doznawał, oczy traciły blask, wzrok stawał się mętny, skóra twarzy bladła, pokrywała się kroplami chłodnego potu. Równocześnie z tem zmieniała się czynność serca, stawała się o tyle nieregularną, że po paru szybkich ruchach następowało wyraźne zwolnienie. Tętno malało, poszczególnych fal tętna nie można było niekiedy wyczuć zupełnie, pomimo że widoczne były uderzenia serca. Właściwej duszności, jaką spostrzegamy w napadach dychawicy pochodzenia sercowego (asthma cardiacum) nie było nigdy. Ale rytm oddechowy przyspieszał się wyraźnie, oddechy stawały się nieco nasilone.

Wpływ leków, używanych powszechnie w celu przerwania tego rodzaju napadów, jak glonoina, erythroltetranitrat, azotyn amylowy i t. d., oraz zabiegów zewnętrznych, jak gorące okłady, gorczyczniki i miejscowa kąpiel z wody, zaprawionej mąką gorczyczną, nie uwydatniał się zupełnie. Stosunkowo może jeszcze najlepiej działały wstrzykiwania podskórne olejku kamforowego wraz z mieszaniną morfiny i atropiny. Ale i przy tem leczeniu nie powiodło się nigdy przerwać napadu doraźnie.

(Dok. nast.).

Z kliniki psychiatrycznej c. k. Uniwersytetu w Wiedniu.
(Dyrektor Radca dworu Prof. Dr Jauregg—Wagner).

O otłuszczeniu według typu Fröhlicha (dystrophia adiposo-genitalis) w przebiegu wodogłowia przewlekłego i padaczki.

podał

Dr J. Rothfeld

asystent kliniki chorób nerwowych Uniw. lwowskiego.

(Dokończenie.)

IV. Wilibald K. l. 13. Chory jest jedynem dzieckiem; ojciec cierpi na bóle głowy, matka zdrowa. W dzieciństwie K. często chorował; przechodził odrę, krztusiec, zapalenie płuc i w przebiegu każdej z tych chorób dostawał drgawek. Po płonicy, którą miał przed 9 laty, wystąpiły napady z utratą przytomności, drgawkami ogólnemi. bez bezwiednego oddawania moczu i bez pokąsania języka. Obok tych napadów, które matka sama określa jako »wielkie napady«, występowały także »napady małe«, polegające na tem, że chory nagle wydawał krótki krzyk; oczy w słup, utrata przytomności, usta silnie zawarte; drgawek nigdy nie było. Po napadzie bóle głowy i niepamięć o napadzie. Te małe napady występują często w nocy (5—6 razy). Umysłowo rozwijał się chory nieźle. W klinice spostrzegano napady padaczkowe w nocy. Po napadach chory wstawał z łóżka, chodził po sali, budził innych chorych; nie pamiętał tego, co w nocy robił.

Przedmiotowo: Czaszka bez widocznych nieprawidłowości. Znaczna otyłość, części płciowe małe, brak owłosienia na wzgórku łonowym. Różnica w inerwacyi mięśni twarzy na niekorzyść strony prawej, zwłaszcza w zakresie dolnej gałązki n. twarzowego. Przy ruchach dowolnych (próba palec — nos) występuje w prawej kończynie górnej drżenie. Odruchy na kończynie prawej nieco żwawsze. Odruchy kolanowe po stronie prawej żwawsze, niż po lewej, taksamo odruchy ze ścięgna Achillesa. Odruchy brzuszne po prawej słabsze, niż po lewej, taksamo odruch mosznowy. Objaw Babińskiego ujemny Chory opuścił klinikę po kilkudniowym pobycie i zgłosił się ponownie po 1½ roku. Napady, ich nasilenie, jakoteż częstość nie zmieniły się. Z objawów somatycznych stwierdzono: Wzrost odpowiedni wiekowi, znaczna otyłość, zwłaszcza na piersiach, biodrach i wzgórku łonowym. Wokoło brodawek znaczne nagromadzenie tkanki tłuszczowej. Części płciowe nierozwinięte, małe; uwłosienie na wzgórku łonowym nieznaczne, odcina się pod prostą linią poziomą; miednica zbliżona do typu miednicy kobiecej; krtań niewystająca, głos wysoki. Inne objawy somatyczne, jak przy pierwszem badaniu Rentgenologiczne badanie czaszki (doc. Schiller): Wodogłowie; siodełko tureckie prawidłowe.

V. Chory ma lat 11, jest szóstem dzieckiem z rzędu, poród był prawidłowy. Od 6 lat cierpi na padaczkę. Przedmiotowo: Chory dość wysoki, znacznie otyły; waga ciała 50 kg. Miednica i wzgórek łonowy typu kobiecego. Uwłosienie na częściach rodnych zaznaczone. Jądra i prącie słabo rozwinięte. Gruczoł tarczowy nie macalny. Czaszka znamienna dla wodogłowia, czoło wązkie, dość wysokie, obwód czaszki 52½ cm. Uszy duże, odstające. Zdjęcie rentgenowskie czaszki (doc. Dr Schiller) wykazało duże i pogłębione siodełko tureckie.

Dno oka prawidłowe. Odruchy ścięgniste na kończynie górnej lewej żwawsze, niż na prawej. Odruchów brzusznych brak. Odruch mosznowy po stronie lewej żwawszy. Odruch kolanowy prawy żwawszy, niż lewy. W moczu cukier 0·06%.

Mamy w tych 3 przypadkach napady padaczkowe, przy czem stwierdzamy miernego stopnia wodogłowie i objawy »dystrophiae adiposo-genitalis«.

Wspomniałem już wyżej, że w przypadkach surowiczego zapalenia opon mózgowych z wodogłowiem tłomaczą autorowie wystąpienie otyłości i niedostateczny rozwój narządów płciowych uciskiem wodogłowia na przysadkę mózgową. Nie jest jednakowoż rzeczą rozstrzygniętą, jakiego rodzaju zaburzenia w czyności przysadki przytem występują i w jaki sposób zaburzenie to wiedzie do dystrofii. Rozwiązanie tego pytania jest już z tego powodu trudne, ponieważ nie wiemy z pewnością, które części przysadki i czy wyłącznie przysadka mózgowa jest przyczyną otyłości, połączonej z niedokształtem narządów płciowych.

Wiadomo, że Fröhlich tłomaczy wystąpienie dystrofii zaburzeniem w czynności wydzielniczej przysadki (dyspituitarismus, hypopituitarismus), przeciw czemu występuje Erdheim, który na podstawie swych badań anatomo-patologicznych twierdzi, iż na podstawie mózgu usadowione są ośrodki, których zmiany wywołują dystrofię. Odrębne stanowisko zajmuje Fischer; opierając się na pracach, które wykazują związek pomiędzy dystrofią, a przysadką mózgową, jakoteż na wynikach zabiegów operacyjnych w przypadkach guzów przysadki, występuje Fischer przeciw teoryi Fröhlicha i Erdheima[12]) i sądzi, że należy uważać część nerwową przysadki (płat tylny, trzon i lejek) za siedzibę ośrodków odżywczych, których uszkodzenie wiedzie do dystrofii. Fischer[13]) nie rozstrzyga przytem pytania, w jaki

[12]) Ziegler's Beiträge 33, 1903 i Sitzber. d. Wiener Akad. der Wissch. 113, 1904.

[13]) Hypophyse, Akromegalie u. Fettsucht, Wiesbaden 1910 i Frankfurter Zeitsch. f. Pathol. B. 11. H. 1.

sposób powstaje dystrofia i wskazuje na kilka możliwości. Być może, że sam ucisk na płat tylny, albo przesunięcie lejka wystarcza do wywołania objawów dystrofii; również nie da się wyłączyć możliwość, że chodzi tu o zaburzenia w zdolności chłonnej płatu tylnego i lejka, albo też o zmniejszenie ilości prawidłowej wydzieliny, albo w końcu o przeszkodę w prawidłowym prądzie wydzieliny.

Mimo przekonujących argumentów Fischera wypowiada Pick [14]) w swym referacie zdanie, że należy obok możliwości, przytoczonych przez Fischera, przyjąć także niedokształcenie przysadki, jakoteż ucisk na podstawę mózgu, jako te czynniki, które mogą wywołać wystąpienie dystrofii.

Mimo wielu jeszcze zagadnień spornych można jednak zrozumieć, że wodogłowie jako takie może przez ucisk na przysadkę mózgową wywołać objawy otyłości z niedokształtem narządów płciowych. Nie da się jednak wyłączyć, że obok wodogłowia jeszcze inne czynniki odgrywają ważną rolę, co wydaje się tem prawdopodobniejsze, że z jednej strony objawy dystrofii nie stale zjawiają się w przebiegu nawet znacznego wodogłowia przewlekłego, i że z drugiej strony dystrofia występować może przy wodogłowiu miernego stopnia, jak w naszym przypadku III, IV, i V. Które czynniki tutaj rozstrzygają, tego nie można na razie stwierdzić; być jednak może, że wodogłowie miernego stopnia jest w tych przypadkach jedynie bezpośrednim czynnikiem wywołującym dystrofię, i że w tych przypadkach istniało już przedtem zaburzenie w fizyologicznej wzajemnej zależności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Na istnienie tego rodzaju zaburzenia mogłaby w naszych przypadkach (III, IV i V) wskazywać stwierdzona padaczka. Znaczenie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu w patogenezie padaczki zyskuje coraz więcej na wartości; nie wchodząc w teoretyczne rozważania, wspomnę o kombinacyi padaczki z tężyczką, o napadach padaczkowych w przebiegu choroby Basedowa, o tak częstem występowaniu padaczki w wieku pokwitania, o typie miesiączkowym padaczki, fakta, które przemawiają za wpływem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na padaczkę. Nietylko jednak spostrzeżenia kliniczne, dały w tym kierunku pewne wskazówki, ale i badania anatomo-patologiczne wykazały pewne — choć niestałe — zmiany w tych gruczołach przy padaczce. Claud i Schmiergeld [15]) znaleźli wybitne zmiany w tarczycy pod postacią rozlanego stwardnienia obok ognisk przerostowych; w przysadce mózgowej, w gruczołach przytarczycznych, w jajnikach, nadnerczu, stwierdzili oni zmiany, które wskazywały na obniżenie czynności tych gruczołów. Wśród 102 sekcyonowanych przypadków padaczki znalazł Volland [16]) 24 razy grasicę przetrwałą, a Ohlmacher [17]) podkreśla częstość stanu grasiczno-limfatycznego (status thymo-lymphaticus) i grasicy przetrwałej u dotkniętych padaczką. Redlich [18]) również przyjmuje wpływ gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na padaczkę i sądzi, że odgrywają one ważną rolę w wywoływaniu samego napadu padaczkowego.

Ten stosunek padaczki do gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu wskazuje, że w padaczce istnieje pewne bliżej niedające się określić zaburzenie w fizyologicznej czynności wspomnianych gruczołów; w tych warunkach jest możliwe że nawet nieznaczne wodogłowie zdoła wywołać zaburzenie w czynności przysadki mózgowej, co objawia się klinicznie otyłością z niedokształtem narządów płciowych.

W naszych przypadkach III, IV i V należy przyczyny dystrofii szukać nietylko w wodogłowiu, ale należy przyjąć że w przypadkach tych istniało już przedtem pewne usposobienie, a wodogłowie było tylko czynnikiem, wywołującym dystrofię.

Wykrywanie podobnych czynników wywołujących, w ogólności wszystkich tych faktów, które się mogą przyczynić do powstania obrazu »dystrophiae adiposo-genitalis« w przebiegu wodogłowia, jest z tego względu ważne, ponieważ w ten sposób można będzie wyświetlić związek pomiędzy wodogłowiem, a omówionym zbiorem objawów.

Stumpf wykazał na podstawie badań anatomo-topograficznych, że wodogłowie miernego stopnia, wywierając ucisk na przysadkę mózgową, uciska tylko część przednią przysadki mózgowej, natomiast część jej tylna nie ulega temu uciskowi. Ponieważ ucisk na samą część przednią — jak to Stumpf przyznaje — nie może wywołać objawów dystrofii, nie możnaby jej powstania w naszych przypadkach (III, IV, V) wytłómaczyć, gdybyśmy nie przyjęli już dawniej istniejącego zaburzenia w fizyologicznym wzajemnym stosunku gruczołów do siebie.

Nietylko jednak w przypadkach miernego wodogłowia przyjęcie tej możliwości jest potrzebne do wytłómaczenia wystąpienia dystrofii, ale także w tych przypadkach, w których mamy wodogłowie znacznego stopnia. Część nerwowa przysadki ulega wprawdzie w tych przypadkach uciskowi, ale przy przewlekłem wodogłowiu może wystąpić dystrofia bez rozszerzenia siodełka tureckiego i bez wybitnego ucisku na przysadkę (Stumpf). Stumpf podaje, że nawet przy znacznym ucisku nie mógł histologicznem badaniem stwierdzić żadnych zmian w przysadce, bez względu na to, czy wystąpiła dystrofia, czy też nie. Wobec pewnego związku pomiędzy dystrofią, a przysadką mózgową, sądzi Stumpf, że wodogłowie działa w ten sposób na przysadkę, iż upośledza jej związek czynnościowy z mózgiem.

Z badań anatomo-porównawczych i histologicznych Stumpfa, jakoteż z faktu, że nie w każdym przypadku znacznego wodogłowia występuje dystrofia, wynika, że wodogłowie samo przez się nie wystarcza do wytłómaczenia równocześnie istniejącego zbioru objawów Fröhlicha i że należy jeszcze szukać innych przyczyn. Wskazywanie na wyniki, które tu mogą wchodzić w rachubę, mogłoby być tylko hypotetyczne, tembardziej, że jeszcze wiele zagadnień z zakresu fizyologii i patologii wewnętrznego wydzielania czeka na wyświetlenie.

Jeżeli dla wystąpienia dystrofii przy wodogłowiu nie mamy dostatecznego wytłómaczenia, to już zgoła brak go nam w przypadkach, w których nawet nie możemy klinicznie wykazać wodogłowia. Są to przypadki padaczki wrodzonej (epilepsia genuina) z otyłością i niedokształtem narządów płciowych. Stern opisał sześć przypadków padaczki ze znaczną otyłością, skąpem uwłosieniem pod pachami,

---

[14]) Deutsche med. Woch. 1911.
[15]) C. r. Soc. de Biol. 1908 II.
[16]) Ztsch. f. ges. Neur. u. Psych. B. 3 Orig.
[17]) Ref. w Jahrbücher f. Psych. 1898 i 1901.
[18]) Jahresvers. Deutscher Nervenärzte, Hamburg 1912 (S. Karger, Berlin 1913).

na częściach rodnych i z bezpłodnością. Objawów, któreby wskazywały na bezpośrednie schorzenie przysadki, nie było. Do tej grupy należą także opisane przez Neuratha dzieci otyłe, »Fettkinder«, z padaczką, ale bez wodogłowia.

Do tych przypadków chcę dodać kilka nowych spostrzeżeń dotyczących padaczki[19]).

VI. N. l. 17. Dziedzicznie nie obciążony; chory od dłuższego czasu, zdenerwowany, łatwo pobudliwy, skarży się na uczucie osłabienia. Sen i apetyt dobry. Popęd płciowy zmniejszony. Przedmiotowo: Znaczna otyłość, nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w okolicy sutków, w których może także tkanka gruczołowa daje się wyczuwać. Krtań nie wystająca. Chory jeszcze nie przebył zmiany głosu (mutacyi). Dno oka prawidłowe; objawów zajęcia przysadki mózgowej niema. Odruchy żwawe. Czynność serca przyspieszona.

VII. Chory ma lat 8, jest jedynem dzieckiem, rodzice zdrowi. Do drugiego roku życia szczupły, potem forsownie odżywiony przybrał znacznie na wadze. Przedmiotowo: Kształty niewieście, wzrost 135 cm, waga ciała 42 kg., czaszka dość duża, jednak bez oznak wodogłowia. Nerwy mózgowe bez zmian, dno oka prawidłowe. Znaczna otyłość, zwłaszcza w okolicy sutków. Niedokształt narządów płciowych, prącie bardzo małe, lewe jądro wielkości małego bobu, prawe nie wyczuwalne ani w worku mosznowym, ani w kanale pachwinowym.

VIII. B. l. 10. Matka cierpiała w czasie ciąży na napady padaczkowe. W 9. miesiącu życia napad drgawkowy potem typowe napady padaczkowe. Przedmiotowo stwierdza się tylko znaczną otyłość i może zaznaczone objawy obrzęku śluzowego.

IX. P. l. 15. Dziedzicznie nie obciążony. W 9. miesiącu życia upadł i stracił przytomność. W 10. r. ż. pierwszy napad padaczkowy. Przedmiotowo: Znaczna otyłość, narządy płciowe odpowiadają wiekowi. Dno oka prawidłowe. Badanie rentgenologiczne czaszki dało wynik ujemny.

Jakkolwiek jestem świadom tego, że z tych pobieżnie opisanych przypadków nie należy wysnuwać daleko idących wniosków, to chciałbym jednak wskazać na to, że w przypadkach VI—IX nie stwierdzamy wodogłowia, które przyjęliśmy w przypadkach padaczki (III, IV i V) jako bezpośredni czynnik, wywołujący dystrofię, i że należy, zdaniem mojem, szukać przyczyny wystąpienia dystrofii w tych przypadkach w samej padaczce, względnie w stosunku padaczki do gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

Chciałbym w końcu wspomnieć o dwóch przypadkach Goldsteina. Dotyczą one dwojga rodzeństwa, u których Goldstein stwierdził obok niedokształtu narządów płciowych znaczną otyłość, ze szczególnem nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w okolicy sutków, na brzuchu i wzgórku łonowym. Brak jakichkolwiek objawów mózgowych. Zdjęcie rentgenologiczne czaszki wykazało bardzo małe siodełko tureckie. Na podstawie obrazu rentgenologicznego przypuszcza Goldstein, że chodzi tu o »niedokształcenie tylnego płatu przysadki« i że ta zmiana jest przyczyną dystrofii.

Te dwa przypadki stanowią niejako ostatnie ogniwo w długim szeregu przypadków, przebiegających z dystrofią: guzy przysadki i jej okolicy, wodogłowie przewlekłe, przypadki padaczki z wodogłowiem i bez wodogłowia, w końcu przypadki, gdzie dystrofia jest jedynym klinicznym objawem.

[19]) Przypadki te zawdzięczam uprzejmości prof. Redlicha z Wiednia.

Już sama różnorodność przypadków, różnorodność podstawowego, pierwotnego schorzenia, w jednych bezpośrednie, w drugich następowe, bliżej nieokreślone schorzenie przysadki mózgowej, to znowu tylko przypuszczalne zaburzenie w jej czynności, wszystko to wskazuje na to, że w patogenezie »dystrophiae adiposo-genitalis« odgrywa ważną rolę szereg czynników, których jeszcze nie znamy, i że nie można każdego przypadku dystrofii wytłómaczyć, opierając się jedynie na istniejących obecnie teoryach

Jeżeli nadto zważymy, że otyłość może być także następstwem pierwotnego schorzenia gruczołów rozrodczych (Schüller[20]), Tandler i Gross[21]), że może wystąpić u eunuchoidów i trzebieńców (Peritz[22]), Tandler), jakoteż w czasie fizyologicznego zaniku gruczołów rozrodczych, w czem i przysadka mózgowa ważną odgrywa rolę (Marburg, Tandler-Peritz), to zrozumiemy, jak powikłanem zjawiskiem jest »dystrophia adiposo-genitalis« i jak powikłanym jest mechanizm jej powstania.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Róbin. **O zgłębnikowaniu dwunastnicy** (Kuracisto, 1913 Nr 11). Autor przedstawia wyniki swych doświadczeń, poczynionych wspólnie z Przywieczerskim w warszawskim Szpitalu »Dzieciątka Jezus« z nowszą pompą, względnie ze zgłębnikiem dwunastniczym Einhorna. Przyrząd ten składa się z kapsli metalowej (14 mm. długiej, o obwodzie 23 mm), stanowiącej siteczko, związane z rurką gumową o 8 mm. obwodu, długości jednego metra, ze znakami w odległościach 40, 56, 70 i 80 cm. Koniec rurki gumowej przywiązuje się badanej osobie do ucha, a połknięta kapsla powinna przez ruchy żołądka zostać sama popchnięta przez odźwiernik do dwunastnicy. Skoro rurka posunie się aż do znaku 60—70, wówczas aspirujemy treść w ilości 20—30 cm³ i badamy ją, przekonawszy się wprzód, że to nie jest treść żołądkowa. Autorowie wykonali 50 takich badań na dziesięciu osobach i doszli do przekonania, że sposobem tym można istotnie dotrzeć do dwunastnicy i wydobyć czysty, charakterystyczny sok dwunastnicy, zawierający trzy główne fermenty trzustkowe. Sposób ten nie jest bolesny, ani przykry. Aż do chwili, kiedy można wydobyć czysty sok dwunastnicy, upływa 2—8 godzin. Czas ten można skrócić do 1½ godziny, układając chorego na prawym boku i podając mu od czasu do czasu nieco płynu. Ponieważ R. badania swe przeprowadził na osobach nie dotkniętych chorobami trzustki, przeto treść, wydobyta u różnych osób, była prawie taka sama Raz tylko stwierdził brak steatopsyny. Einhorn w dwóch przypadkach »achyliae gastricae« nie mógł znaleść trypsyny w soku trzustkowym, zawierającym diastazę i lipazę. Dr Blassberg.

Krokiewicz. **Z kazuistyki mnogich, pierwotnych (multiplicitas diversi generis) nowotworów złośliwych.** (Wien. klin. Woch. 1913 Nr 20). Do rzadkości należą mnogie pierwotne nowotwory o tej samej budowie (w literaturze opisano ich do roku 1912 zaledwo 88), a do wyjątków zaliczyć należy równoczesne występowanie u je-

[20]) Arb. Obersteiners 1907.

[21]) Wien. klin. Woch. 1907, 1910. Archiv. f. Entwicklungsmech. 1909 i 1910 patrz także Tandler: Wien. klin. Woch. 1908 i 1910.

[22]) Neurol. Zentralbl.

dnego osobnika nowotworów o różnej budowie. Dotąd podano podobnych przypadków 16. K. dodaje do tego własny przypadek. Za życia rozpoznano guz śródpiersia przedniego, a sekcya wykazała mięsaka limfatycznego śródpiersia przedniego z przerzutami w płucu lewem, a prócz tego raka przełyku z przerzutami w trzustce i okolicznych gruczołach. K.

Kolb. **Czy udaje się z pomocą zaczynowego odczynu Abderhaldena wykryć pozostanie lub przerost grasicy?** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 30). Na podstawie swych badań K. doszedł do przekonania, że z pomocą odczynu Abderhaldena udaje się dość pewnie wykazać obecność przerosłej grasicy, natomiast przy przetrwałej, lecz zwykłej grasicy wynik jest niepewny. Sprawa to bardzo ważna, bo, jak wiadomo, przy chorobie Basedowa spotykamy często przerosłą grasicę, co jest niejako przeciwwskazaniem do operacyi tarczycy. Dotychczasowe sposoby wykazania grasicy, zwłaszcza ocena, czy ona jest przerosłą, są bardzo niepewne, bo ani opukiwanie, ani badanie promieniami Röntgena nie może pod tym względem dać pewności. W odczynie więc Abderhaldena zyskaliśmy tu bardzo ważny czynnik rozpoznawczy. K.

Prof. G. Baccelli. **O ostrych utajonych zakażeniach ustroju ludzkiego.** (Paris médical 1913, Nr 25). Pomimo postępu metod rozpoznawczych napotyka się często przypadki zakażeń, klinicznie jako takie niewątpliwych, których istoty i wrót stwierdzić nie można. W takich przypadkach uzyskać można znakomite wyniki przez wstrzyknięcie do żyły sublimatu. Autor poleca następujący przepis: »Rp. Hydrargyri bichlorati 0·01, Natri chlorati 0·075, Aq. destillatae 10·00«. W przypadkach bardzo ciężkich mozna tę ilość wstrzyknąć 2—3 razy w przeciągu 24 godzin. Tem leczeniem niszczy się krążące we krwi bakterye i zmienia ich wytwory trujące, a klinicznym wyrazem tego jest następowy spadek ciepłoty, który może niekiedy przekraczać cały stopień, i wydatna ogólna poprawa.

Dr Blassberg.

Doc. Sisto. **Działanie toru X w chorobach krwi.** (La Riforma medica Nr 35, 1913). S. stosował tor X w trzech przypadkach białaczki szpikowej i czterech przypadkach niedokrwistości złośliwej postępującej; wprowadzał go zawsze śródżylnie dla uniknięcia z jednej strony powikłań, występujących czasem po wstrzykiwaniu śródmięśniowem, względnie podskórnem, z drugiej zaś strony, chcąc wywołać szybkie i energiczne działanie przez dokładne zetknięcie się toru z tkankami ustroju. Używał wyjałowionego rozczynu wodnego, zawartego w ampułkach o 1—2 cm³; chorzy znosili wstrzykiwania bardzo dobrze, ciepłota nie ulegała żadnym zmianom. W białaczce stosował S. dwie dawki, chcąc wywołać energiczne niszczące dzialanie na krwinki białe; wstrzykiwał mianowicie 2—3 razy po 850—1900 jednostek elektrostatycznych (850 000—1,900.000 J. M.) We wszystkich przypadkach białaczki liczba krwinek białych albo wcale nie ulegała zmianie, albo tylko zazwyczaj nieznacznie i to zawsze przejściowo; spadek ich liczby odbywał się zwykle kosztem komórek szpikowych (myelocytów). Ciałka krwi czerwone tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym nie ulegały zmianie, to samo można powiedzieć o obrzęku śledziony i gruczołów, jak i o objawach ogólnych. Kilka razy zauważył autor zwiększenie się już istniejącej skazy krwotocznej; z powodu tych niepomyślnych wyników musiał wszędzie zastosować potem promienie Röntgena. W przypadkach niedokrwistości złośliwej stosował jedną, lub parę dawek w odstępach 8—10-dniowych w ilościach bardzo małych (po 30 do 90 jedn.-elektrostat.), a to w celu wywołania działania nie niszczącego, lecz podniecającego narządy krwiotwórcze. Zwiększenie ilości krwinek czerwonych było przeważnie bardzo nieznaczne, niekiedy pojawiały się formy młode (normo- i myelo-blasty); ciałka białe nie ulegały zmianom, ani ilościowym, ani jakościowym. Natomiast prawie zawsze występowało zaostrzenie się skazy krwotocznej w postaci krwawień z dziąseł lub wybroczyn podskórnych. Wyniki, jakie otrzymał S., stały w sprzeczności z pierwszemi publikacyami innych autorów o działaniu toru X w chorobach krwi; w nowszych jednak pracach dochodzą ci autorowie do tego samego wniosku, co i Sisto: Tor X posiada niezaprzeczenie zdolność niszczenia krwinek białych jest ona jednak względem rozmaitych osobników różna, czasem brak jej zupełnie, często jest miernego stopnia, bardzo rzadko wybitna, a prawie zawsze skutki jej są przejściowe. Tor X działa prawdopodobnie tylko przeciw hyperleukocytozie i tylko wyjątkowo sprawia poprawę ogólną. Nadto często występuje, względnie zaostrza się skaza krwotoczna w następstwie stosowania tego przetworu. Z tych względów twierdzi S., że promieni Röntgena nie powinno się przy leczeniu białaczki zastępować torem X, działanie ich bowiem utrzymuje się zawsze dłuższy czas i wpływa nietylko na obraz krwi, ale także i na stan ogólny. Także i w leczeniu niedokrwistości złośliwych nie mają promienie toru większego znaczenia, gdyż wyniki są naogół nieznaczne i przejściowe; ogłoszonych zaś parę przypadków (Prado Toyle, Park i. i.) wyleczenia względnie bardzo znacznej poprawy w przebiegu niedokrwistości złośliwej postępującej pod wpływem stosowania toru, niczego jeszcze nie dowodzi, gdyż w przebiegu tego cierpienia są dość częste samoistne polepszenia, utrzymujące się nawet przez całe lata. Dr T. T.

Doc. Boveri. **Objawy ze strony opon mózgowych w przebiegu przewlekłego zatrucia ołowiem.** (La Riforma medica Nr 31, 1913). Ołów jest trucizną układu nerwowego; jego punktem zaczepnym są najczęściej opony i nerwy obwodowe, daleko rzadziej i tylko następowo rdzeń i mózg. Działanie jego jest powolne, podstępne, ostre objawy, jak ostre zapalenie opon i tkanki mózgowej, są znacznie rzadsze. B. zwrócił uwagę w przebiegu przewlekłej ołowicy na utajone objawy ze strony opon, t. zn. objawy, dające się wykazać tylko badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Mianowicie bardzo często znajdował zwiększenie ciśnienia wewnątrz kanału rdzeniowego; mierzone przyrządem Kröniga wynosiło ono 30—50 cm., natomiast prawidłowo wynosi 17—20 cm. Nadto sposobem Nonnego i Noguchiego wykazał B. w licznych przypadkach zwiększenie się ilości białka. Zazwyczaj równocześnie ze zwiększeniem się ilości białka występowało także zwiększenie się ilości ciałek białych, jakkolwiek nieznacznego stopnia. Nadto w paru przypadkach, mimo wybitnego zwiększenia ilości istot białkowych, stwierdził B. zmniejszenie ilości, lub nawet brak ciałek białych. B. nie wdając się, ze względu na skąpą ilość badanych przypadków, w bliższą ocenę tego ostatniego objawu, przypuszcza, że przyczyną jego mogą być zaburzenia w krążeniu, zmieniające skład płynu mózgowo-rdzeniowego. Dr T. T.

Lang. **Pojawianie się bakteryi kwaso-opornych we krwi.** (Zentrblt. f. inn. Med. Nr 17, 1913). Autor stwierdził, że kwaso-oporne prątki znajdują się w przebiegu gruźlicy, tak w ciężkich, jak i lekkich postaciach, dalej u chorych, u których klinicznie nie da się stwierdzić gruźlicy, wreszcie u chorych, u których sekcya nie stwierdza żadnych lub tylko stare zmiany gruźlicze. Wobec tego, że jednem słowem prawie u wszystkich ludzi stwierdzić można obecność we krwi prątków kwaso-opornych, wartość rozpoznawcza znalezienia ich nie ma wielkiego znaczenia. Czy te prątki kwaso-oporne są we wszystkich przypadkach prątkami gruźliczymi, nie da się rozstrzygnąć. Na podstawie tych faktów nie możemy zmieniać jeszcze naszych dotychczasowych poglądów na patogenezę i istotę gruźlicy. N.

Chirurgia.

Matthiae. **O padaczce urazowej i operacyjnem jej leczeniu.** (Deut. Zeit. f. Chir. 123. V—VI). Operacyjne

leczenie padaczki urazowej nie przedstawia się co do trwałego wyleczenia zbyt świetnie. Na 326 zebranych z literatury operowanych przypadków zaledwo 96, t. j. 29.5% uzyskano trwale wyleczenie, a przeważnie (81 przypadków) dotyczyło to padaczki Jacksonowskiej. Dodać tu jednak trzeba, że niektóre przypadki, uznane za niewyleczone, obserwowano zbyt krótko, tak że może w niektórych nastąpiło w końcu wyleczenie, bo nieraz po operacyi napady ustępują dopiero z czasem. Najkorzystniejsze wyniki osiąga się u chorych w trzecim dziesiątku lat życia, o ile nie ma tła dziedzicznego lub alkoholizmu. Zapobiegawczo powinno się wobec tego operować zawsze odrazu, każde powikłane złamanie w obrębie uwłosionej części czaszki, by niedopuścić do powstania padaczki następowej. K.

Graser. **Doświadczenia nad chirurgią płuc.** (III Zebr. chirurgów bawarskich. Monachium 12. VIII. 1913). Nakłucie klatki piersiowej i wypuszczenie ropy nie wiedzie u dorosłych do celu. Wycięcie żeber sprawia dobry wpływ, ale dalsze rokowanie co do zgojenia się może być czasem wątpliwe i wtedy bywają nieraz konieczne większe plastyki; naodwrót ogromne nieraz jamy goją się szybko same. Ropniaki opłucne można obecnie bardzo dobrze rozpoznać zapomocą promieni Röntgena. Cechującą jest tu bańka gazowa, powstająca najczęściej wskutek przedziurawienia płuc i dostania się do jamy opłucnej powietrza. Przy jamach oskrzelowych operacya jest wtedy uzasadniona, gdy płuco samo ma tendencyę do kurczenia się, co rozpoznać można po wdechowem spłaszczaniu się i zaciąganiu klatki piersiowej. Jamy w opłucnej obecnie się ze skutkiem plombuje. K.

Arnsperger. **Leczenie gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.** (Tow. lek. i przyr. Drezno IV. 1913). A. poddaje leczeniu odmą piersiową jedynie tylko gruźlicę płuc w III okresie, gdyż wbrew zdaniu Forlaniniego zauważył przy sprawach obustronnych pogarszanie się stanu w płucu mało zajętem, po stworzeniu odmy nad płucem gorszem. Odmę wykonuje zapomocą nakłucia, bo przy cięciu niebezpieczeństwa zatoru powietrznego nie są wcale mniejsze, bada jednak skrupulatnie ciśnienie manometrem i gdy tego uczynić nie może, (n. p. u dzieci), posługuje się cięciem. Leczył w ten sposób 15 chorych. U jednego nie udało się wytworzyć odmy, a u 4 tylko częściowo. Z 11 obserwowanych dłużej przypadków, zmarło w dalszym ciągu 6 chorych, u 5 zaś poprawa była wybitna. Obecnie wyniki są jeszcze niebardzo dobre, bo dostajemy do leczenia przypadki zbyt późno. K.

Hürter. **Nowe dane z radyologii żołądka.** (Część II. Beitr. zur med. Klinik 1913, VIII). W drugiej części swej pracy (streszczenie pierwszej ob. Nr 43) zajmuje się H. sprawą rozpoznawania wrzodu i raka żołądka zapomocą promieni Röntgena. W związku z tem pozostaje rozpoznanie t. zw. żołądka klepsydrowatego. Dopiero badania rentgenowskie dowiodły, że ta forma żołądka występuje dość często i to na różnem tle. Wywoływać ją mogą: ucisk od zewnątrz przez sznurowanie się, guzy, zrosty i kurcze. Dla kurczów znamienna jest ich niestałość i szybkie przechodzenie pierwszych pokarmów, poczem dopiero pojawia się kurcz, a także możność dowolnego przeciskania pokarmów ręką z jednej części żołądka do drugiej. Belladona oddać może cenne usługi przy usuwaniu kurczu. Dość pewnie rozpoznać można zapomocą promieni Röntgena wrzód żołądka, a to śledząc rentgenologicznie zaburzenia ruchomości żołądka, kształty. ewentualnie ubytek w ścianie (Nischensymptom) i t. p. Przy raku stwierdza się zatarcie konturów żołądka w miejscu siedziby nowotworu. Wrzód usadowiony w odźwierniku cechuje się objawami zwężenia odźwiernika i zwolnionego wydalania pokarmów. Wrzód na małej krzywiznie wywołuje nieraz ślimakowate jej zwinięcie się. Wreszcie badanie rentgenowskie pouczyć nas może o działaniu wykonanej gastroenterostomii i o działalności żołądka po częściowem jego wycięciu. K.

Okulistyka.

Machek: **Operacya opadniętej powieki.** (Tygodnik lek. 1912. Nr 51.). Sześć milimetrów nad brzegiem górnej powieki prowadzi się cięcie skórne, równoległe do tego brzegu, przez całą długość powieki. Drugie cięcie, równoległe do pierwszego, tylko nieco dłuższe, prowadzi się 5—6 mm wyżej. Poziomy pas skóry, ograniczony temi dwoma cięciami, przepoławia się w środku cięciem pionowem na dwa prostokątne płaty, które po odpreparowaniu pozostają w związku ze skórą powiek, jeden po stronie zewnętrznego, drugi po stronie wewnętrznego kącika. Przez końce obu tych płatów przewleka się nitki z igłami. Przy skroniowym końcu rany powiekowej przebija się obosiecznym kończystym nożykiem przewód głęboko pod skórą pionowo ku górze, wykłuwając nożyk w okolicy łuku brwiowego. Taki sam pionowy przewód podskórny wykłuwa się po stronie nosowego końca rany powiekowej. W przewody te wprowadza się po rowkowanym zgłębniku oba wykrojone płaty, podciąga się je o tyle, ażeby powiekę należycie podnieść, i przyszywa na wysokości łuku brwiowego. Równocześnie skóra powieki ponad prostokątnym ubytkiem, powstałym po wycięciu płatów, przykrywa ten ubytek i tworzy fałd, naśladujący doskonale prawidłową zmarszczkę powiekową. Jak widać z tego opisu, operacya Macheka różni się tem od znanej operacyi Panasa, że zamiast jednego, szerszego płata środkowego wsuwa się pod mostek skórny dwa węższe płaty boczne i zapomocą nich powiekę podnosi. Zaletą operacyi jest to, że bezpośredni jej skutek kosmetyczny jest już trwałym i ostatecznym. Jedynie tylko lekka niedomykalność powieki, którą przy operacyi można pozostawić, ustępuje w krótkim czasie, a zresztą nowo wytworzony stan dalszym zmianom już nie ulega. K. W. Majewski.

Espinouze. **Przyczynek do operacyjnego odwinięcia powieki sposobem »stawidła«.** (Revue gén. d'opht. 1913, Nr 7.). W przypadkach ektropion senile i w t. zw. ektropion ex vacuo, t. j. wywinięcia powieki przy pustym oczodole, zaleca autor sposób operacyjny, podany przez Truca, polegający na wytworzeniu pewnego rodzaju stawidła. Powiekę dolną rozdziela się cięciem międzyrąbkowem na listek skórno-mięsny i listek chrząstkowo-spojówkowy, poczem zapomocą nitek podciąga się pierwszy z nich znacznie do góry i w tem położeniu silnie głębokimi szwami utwierdza. Szwy te przeprowadza się przez grubość obu listków powieki rozciętej. Autor przytacza cały szereg przypadków, operowanych tym sposobem z trwałym wynikiem dodatnim. K. W. Majewski.

Reis. **Przyczynek do muszycy oka.** (Tygodnik lek. 1913, Nr 11.). Po przytoczeniu spostrzeżeń, opisanych w literaturze przez Kremera, Peipera, Younta, Kaysera, Schultz-Zehdena i innych, w których znajdowano w worku spojówkowym, w woreczku łzowym, a nawet w przedniej komorze gąsienice rozmaitych gatunków much, jak plujka (musca vomitoria), mucha złota (lucilia hominivorax), ścierwica (sarcophaga), inny gatunek plujki (calliphora vomitoria), giez bydlęcy (hypoderma bovis), — wspomina autor o dawniejszym przez siebie spostrzeganym przypadku, w którym u 60 letniej, bardzo zaniedbanej kobiety, dotniętej wrzodziejącym rakiem oczodołu, wydobył z dna owrzodzenia 240 sztuk gąsienic z rodzaju muchy złotej (lucilia). W październiku zeszłego roku znalazł znowu autor w worku spojówkowym 43-letniego mężczyzny gąsienicę, należącą do muchy najprawdopodobniej z gatunku gnójki wytrwałej (eristalis tenax). Gąsienica ta żyje w bagnach, w rowach z wodą gnijącą, ściekach, kanałach, gnojówce (stąd nazwa). Przydomek »wytrwała« zawdzięcza temu, że jest bardzo odporna. Znaleść ją można w torfiastem błocie źródeł siarkowych. Grochmalicki przekonał się, że może ona żyć w nasyconym roztworze sublimatu 8 godzin, a 12 godzin w czystej formalinie. K. W. Majewski.

Ishihara. **O etyologii zeskórnienia spojówki, po-**

łączonego z kurzą ślepotą. (Klinische Monatsblat für Augenheilkunde, 1913, Nr 5). Zeskórnienie spojówki (xerosis conjunctivae) w połączeniu z kurzą ślepotą (hemeralopia) występuje zazwyczaj na tle zaburzeń w odżywieniu. Jest to choroba niebezpieczna o tyle, że w niektórych przypadkach, zwłaszcza u dzieci, wiedzie do rozpadu rogówki (keratomalacia), a tem samem do utraty wzroku. Autor wskazuje na nadzwyczaj korzystny wpływ tranu na przebieg tego cierpienia. Podobnie, choć nie tak niezawodnie, działa podawanie wątroby. Ishihara wykazał we krwi chorych, dotkniętych zeskórnieniem spojówki i kurzą ślepotą, zmniejszoną ilość tłuszczu w porównaniu z krwią osób zdrowych. Zmniejszenie to nie pozostaje w żadnej zależności od zapasu tłuszczu w tkance podskórnej. Podawanie tranu zwiększa ilość tłuszczu we krwi, a równocześnie usuwa objawy oczne. Podobnie, jakkolwiek w słabszym stopniu, działa podawanie oliwy. K. W. Majewski.

Kleczkowski. **Rzadki przypadek phlyctaena pallida.** (Postęp okul. 1913, Nr 5—6.). W przypadku autora zmiany ograniczały się do wyrośli na rąbku rogówki. Badanie histologiczne wyciętych skrawków po zabarwieniu barwikiem Romanowskiego wykazało nadzwyczajnie wybitną eozynofilię miejscową. Pierwszy Herbert zrobił spostrzeżenie, że barwiąc wydzielinę spojówki w przypadkach nieżytu wiosennego eozyną z błękitem metylenowym, wykazać w niej można znacznie zwiększoną ilość komórek eozynochłonnych. Następnie badania histologiczne wielu autorów potwierdziły spostrzeżenia Herberta co do nieżytu wiosennego. Axenfeld zaś wykazał, że w innych schorzeniach spojówki z wyjątkiem rzadkich przypadków, jak n. p. pęcherzyca lub muszyca, nie ma eozynofilii miejscowej. Spostrzeżenie autora stanowi zatem nowy przyczynek do ustalenia znamion histologicznych, rozstrzygających o rozpoznaniu nieżytu wiosennego. K. W. Majewski.

Higiena.

(Z posiedzeń referatowych lekarzy miejskich w Krakowie).

J. Szaffran (st. lekarz okręgowy Wiednia): **Dotychczasowe doświadczenia nad badaniami w drukarniach i t. d. w kierunku zatrucia ołowiem.** (Der Amtsarzt Nr 1 1913). Po wykonaniu na razie 300 badań, do których należało użyć całego zapasu sił i energii, wyraża autor przekonanie, że lekarz urzędowy w okręgu, posiadającym znaczniejszą ilość drukarń, litografii i t. p. zakładów, nie może bezwarunkowo podołać temu zadaniu, chyba, że przepisy rozp. minist. z 23. IV. 1911, d. p. p. 169 co do przeprowadzania tych badań ulegną gruntownej zmianie. Powody tego są następujące: 1) Jeżeli się liczy na zebranie wywiadów u badanego, badanie samo, umycie rąk po koniecznem dotknięciu się warg, a często i dziąseł badanego — tylko po 3 minuty, to na zbadanie 1300 robotników (a tylu właśnie ma autor w swoim okręgu) trzeba na to w każdym kwartale 65 godzin bardzo szybkiej i wytężającej pracy, czyli rocznie 260 godzin, licząc w to i stratę czasu na odbycie drogi do zakładów przemysłowych i z powrotem. 2) Badania można przedsiębrać wyłącznie po godzinie 6 wieczorem, bo innej porze sprzeciwiają się przedsiębiorcy. 3) Rozpoznawanie charakterystycznej bladości cery, a nawet rąbka ołowiczego przy sztucznem oświetleniu jest bardzo trudne, a to są właśnie pierwsze objawy ołowicy, natomiast drżenie rąk nie jest objawem wyłącznie ołowicy, bo zdarza się i u pijaków, u nerwowych i t. d. 4) Ostatnie badania w roku muszą być ukończone najpóźniej do końca listopada, gdyż lekarz urzędowy musi do 15 grudnia przedłożyć pisemne sprawozdanie, obejmujące cyfrowe zestawienie wyników badań, opis urządzeń w przedsiębiorstwach, znalezione usterki i t. d. Urzędy zdrowia muszą z tych sprawozdań ułożyć sumaryczne wykazy i przedłożyć je namiestnictwu do 10 stycznia następnego roku. 5) Robotnicy żądali zazwyczaj, ażeby ich uwiadomiono na 24 godzin naprzód o badaniu, ponieważ chcieli przygotować swoje rodziny, że wrócą później z pracy. Lekarza takie żądanie bardzo krępuje co do czasu badania, a nadto zmusza go do rozlicznych konferencyi osobistych lub telefonicznych z kierownikami przedsiębiorstw. 6) Oporu robotników przeciw badaniu dotychczas autor nie napotkał, ale też nigdy nie przedsiębrał badań w soboty i nigdy nie pracował przy tem dłużej niż $1^1/_2$—2 godzin, ponieważ po tym czasie pracy w przegrzanych lokalach, w porze wieczornej, t. j. po całodziennej pracy, autor bywał już do zupełnego wyczerpania zmęczonym.

Wobec powyższych okoliczności dochodzi autor do następujących wniosków: Wynik badań jest co do ich wartości bardzo wątpliwy, a w każdym razie istnieje olbrzymi niestosunek między ilością czasu i pracy, a wartością badań. Cały ciężar rozporządzenia zwalono bez żadnej podstawy na barki lekarza urzędowego, każąc mu bez wszelkiego wynagrodzenia ciężko pracować w godzinach, w których inni ludzie tylko wyjątkowo, i to za wyższem niż zwykle wynagrodzeniem, bywają zatrudnieni. W końcu prosi autor innych kolegów, ażeby ogłaszali swoje spostrzeżenia w tej sprawie. Weinsberg.

Memoryał Klubu lekarzy urzędowych i zakładowych miasta Wiednia w sprawie rozporządzenia ministeryalnego z dnia 23 sierpnia 1911 r. (Der Amtsarzt Nr 2. 1913) Wspomniane rozporządzenie ministeryalne nakłada na lekarzy urzędowych obowiązek indywidualnego badania osób zajętych w przemyśle drukarskim, litograficznym i w przemysłach pokrewnych. Jak praktyka wykazała, badania takie nie mają szczególnej wartości, ponieważ objawy ołowicy przy tem badaniu nigdy nie mogą być stanowczo stwierdzone, o ile je ma zużytkować lekarz urzędowy, badający przeważnie przy sztucznem świetle. Przez to powstają ciągle różnice zdań między lekarzami urzędowymi a lekarzami kas chorych, co obniża powagę jednych i drugich w oczach robotników i przedsiębiorców. Nadto doświadczenie poucza, że badanie w większych przedsiębiorstwach jest niemożliwe dlatego, iż przedsiębiorcy wskutek uchwały gremiów nie godzą się na dokonywanie badań w czasie godzin pracy, zaś w godzinach poza pracą część robotników usuwa się od badania. Narzucone lekarzom urzędowym obowiązki wychodzą poza ramy wszelkich przepisów prawnych i zamieniają lekarza urzędowego na lekarza fabrycznego, zabierając mu równocześnie możność dokładnego pełnienia właściwych obowiązków. Dlatego Klub lekarzy urzędowych i zakładowych m. Wiednia powziął następującą uchwałę: »Indywidualne badanie robotników pewnych kategoryi przedewszystkiem nie należy do lekarzy urzędowych przy władzach politycznych I. instancyi, ponieważ § 8 ustawy państwowej sanitarnej z 30. IV. 1870 Dz. p. p Nr 68. określa dokładnie i jasno obowiązki tych lekarzy, a o takich badaniach nie ma w tym przepisie wzmianki. Lekarze urzędowi mają jedynie doglądać przedsiębiorstw przemysłowych pod względem zdrowotnym i pilnować, ażeby przepisy ochronne były dotrzymywane. W szczególności co się tyczy zatrucia ołowiem, donoszenie o takich przypadkach i leczenie chorych powinno być obowiązkiem lekarzy kas chorych, a lekarze urzędowi mieliby jedynie dopilnowywać tego donoszenia. Dalej wykazała praktyka, że badania przez lekarzy urzędowych są w tym przypadku bez szczególnej wartości, ponieważ objawy, przez lekarzy urzędowych spostrzegalne, są wieloznaczne, co musi wywoływać starcia między lekarzami urzędowymi a kasowymi ze szkodą dla powagi jednych i drugich i ze szkodą dla samej sprawy. Jedynie racyonalną drogą do osiągnięcia realnych korzyści byłoby mianowanie osobnych, odpowiednio wynagradzanych lekarzy przemysłowych i badanie wskazanych przez tych lekarzy robotników w publicznych zakładach higieniczno-rozpoznawczych. Przeciw obecnie praktykowanemu badaniu musi Klub energicznie zaprotestować, ponieważ lekarze urzędowi m. Wiednia tracą ogromnie wiele czasu i trudu na pracę, która nie przynosi robotnikom korzyści, a może tylko wywoływać starcia ze szkodą dla lekarzy urzędowych, mając co najwyżej może tylko pewną wartość statystyczną«. Weinsberg.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

Posiedzenie d. 4. XII. 1912.

Przewodniczący A. Jaworski. Obecnych członków 15, gości 1.

1) Kol. Żebrowski przedstawia chorego po operacyi **polipa usznego**; po usunięciu polipa wystąpił t. zw. objaw przetokowy. Dokonano operacyi doszczętnej, przyczem usunięto perlaka.

2) Kol. Czerwiński przedstawia: a) niezwykłej wielkości (jaja kurzego) **torbiel** lewej **dużej wargi sromowej**; b) macicę z **rakiem części pochwowej**, wyłuszczoną sposobem Wertheima, c) **torbiel wielokomorową** lewego **jajnika** wielkości małej pomarańczy, która była powodem mylnego rozpoznania ciąży jajowodowej; cięcie brzuszne wykazało prawidłową 2-miesięczną ciążę i skręt szypuły przedstawionej torbieli, która leżała w lewej połowie jamy Douglasa; d) jajowód z resztkami ciąży: przypadek operowany w kilka lat po pęknięciu.

Posiedzenie d. 4 I. 1913 r.

Przewodniczący A. Jaworski. Obecnych członków 13, gości 2.

1) Kol. Jasiński przedstawia przypadek **choroby Hirschsprunga**.

2) Kol. Modrzewski pokazuje chłopca, u którego zapomocą cięcia nadłonowego wyjął z **pęcherza kamień** wielkości małego jaja kurzego; przebieg pooperacyjny bez powikłań; cewnik wyjęto po 2 dniach; b) rentgenogram przypadku **zeszycia klamrą żelazną kości udowej** w trzy miesiące po jej złamaniu i następowem zrośnięciu odłamków pod prostym kątem z dużem przemieszczeniem.

3) Kol. Żebrowski pokazuje a) 11-letniego chłopca, u którego podczas dokonywania doszczętnej operacyi **wyrostka sutkowego** zadrasnął łyżeczką zatokę poprzeczną. Operacyę natychmiast przerwano. Po dwóch dniach wobec wysokiej ciepłoty podwiązano żyłę szyjną i dokończono operacyi doszczętnej. Po drugiej operacyi ciepłota spadła; dalszy przebieg bez powikłań. Nawiązując do tego przypadku omawia kol. Żebrowski wskazanie do podwiązania żyły szyjnej, uważając ten zabieg za nader celowy i zapobiegający ropnicy i omawia t. zw. »Jugularishautfistel« Alexandra. b) Tenże przedstawia **preparaty kości skroniowych** w różnych przecięciach.

4) Kol. Dobrucki przedstawia przypadek **brodawkowatej gruźlicy skóry,** leczonej zapomocą transplantacyi metodą Thierscha. Przyrośnięcie zupełne wszystkich płatków. Pokrywa je kol. Dobrucki w celu dokładniejszego utrzymania płatków grubą warstwą gazy wyjałowionej. b) Tenże przedstawia przypadek **przepukliny pachwinowej,** przyjęty z objawami uwięźnięcia. Po otwarciu worka wykryto wybitne zgrubienie ścian jelita cienkiego, wobec czego nie próbowano odprowadzać jelita, lecz dokonano ileokolostomii.

5) Kol. Czerwiński przedstawia: a) macicę **z rakiem części pochwowej**, jajnikami i jajowodami, wydobytą sposobem Wertheima; b) **gruźliczo zmienione** oba **jajniki i jajowody** i przytacza krótki opis kliniczny tego przypadku. Przed zabiegiem chora przeleżała parę miesięcy na oddziale, stale gorączkując. Stan ten wraz z obecnością guzów w okolicy macicy dał wskazanie do cięcia brzusznego, które wykazało kolosalne zrosty przydatków macicy z otaczającymi narządami i parę oddzielnych gruzełków na otrzewnej. Jak widać z przedstawionych preparatów (mnóstwo zrostów) zabieg był niezmiernie ciężki. W ciągu pierwszych 3 dni po operacyi chora była utrzymywana przy życiu tylko podskórnemi wlewaniami fizyologicznego roztworu i wstrzykiwaniami kamfory. Na 5. dzień po operacyi, kiedy usunięto worek Mikulicza, przez ranę brzuszną zaczął wychodzić w wielkiej ilości płynny kał, przyczem stan chorej znakomicie się poprawił. W przeciągu kilku następnych dni chora czuła się zupełnie dobrze, pomimo nieznacznych wahań ciepłoty. 13. dnia operacyi ciepłota podskoczyła do 40^0, zjawiły się objawy lewostronnego zapalenia płuc, które doprowadziło w przeciągu paru dni do śmierci.

W dyskusyi a) kol. Dobrucki zaznacza, że przypadek choroby Hirschsprunga należy istotnie do rzadkich W przedstawionym przypadku kol. Dobrucki przypuszcza prawdziwe »megocolon congenitum«. b) Kol. Modrzewski zapytany przez kol. Jasińskiego o zdjęcie rentgenowskie odpowiada, że byłoby ono możliwe wobec wypełnienia kiszek gazami. Co do przedstawionego przypadku zwraca kol. Modrzewski uwagę na obniżenie wątroby i wyraża przypuszczenie, czy nie ma tu opadnięcia trzew. c) Kol. Cynberg zapytuje o wywiady i rodzeństwo; kol. Jasiński odpowiada, że w przypadku tym brak obciążenia dziedzicznego.

Ad 3). d) Kol. Dobrucki wyraża zdanie, że w przypadku kol. Żebrowskiego nie można orzec stanowczo, czy podwiązanie żyły szyjnej było przyczyną spadku ciepłoty, gdyż po pierwszej operacyi musiano ranę zatamponować, pozostawiając perlaka (cholesteatoma), ognisko septyczne. Wielu badaczy uważa podwiązanie żyły szyjnej za zabieg bezcelowy. e) Kol. Żebrowski nie upiera się co do celowości podwiązywania żyły szyjnej w ogóle. f) Kol. Modrzewski wyjaśnia sposób powstawania krwotoków po zranieniu zatoki poprzecznej.

Ad 2). Kol. Dobrucki zaznacza, że torbiele skórzaste jamy ustnej wyłuszczają się bardzo dobrze w przeciwieństwie do żabki.

6) Uczczono przez powstanie pamięć ś. p. kol. Józefa Świnarskiego. Kol. Jasiński wnosi, by zebrać składkę na kasę dla wdów i sierot po lekarzach dla uczczenia pamięci zmarłego kolegi. Wniosek przyjęto.

Posiedzenie d. 4. III. 1913.

Przewodniczący: A. Jaworski. Obecnych członków 19, gości 2.

1) Kol. Rogoziński przedstawia 2 chore, operowane z powodu **mięśniaków macicy** (pokaz preparatów).

2) Kol. Dobrucki przedstawia chorego po udatnej operacyi **pes varus** (pokaz rentgenogramów przed i po operacyi).

3) Kol. Modrzewski pokazuje chorego po **gastroenterostomii** z dobrym wynikiem; operacya dokonana z powodu **zwężenia odźwiernika**.

4) Kol. Żebrowski przedstawia przypadek **ropnia mózgu.**

5) Kol. Rogoziński pokazuje preparat **podwójnego kanału cewki**; część dodatkową usunięto operacyjnie. Kol. Rogoziński mówi o operacyi wyjęcia żyły odgoleniowej (vena saphena) zapomocą pręta z miękkiego drutu.

6) Kol. Modrzewski pokazuje preparaty **wyrostków robaczkowych**, jeden w postaci rogu baraniego, drugi obrośnięty siecią.

7) Kol. Żebrowski odczytuje sprawozdanie z oddziału w szpitalu św. Józefa.

8) Kol. Dobrucki prosi prezydyum o wyznaczenie osobnego posiedzenia w celu omówienia szczegółów przyszłego Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Lublinie. Posiedzenie to wyznaczono na 8 marca b. r.

9) Magister Klawe pokazuje swoje przetwory.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 20. III. 1913 r.

Przewodniczący: A. Jaworski. Obecnych członków 17.

Prezes zawiadamia, iż celem zebrania jest omówienie szczegółów Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Lublinie i odczytuje listę członków Komitetu organizacyjnego, zaproponowaną przez Zarząd Towarzystwa. (Do Komitetu zostali zaproponowani kol. Arnsztajn, Borsukiewicz, Brzeziń-

ski, Czerwiński Cz., Dobrucki, Dziemski, Jasiński, Kiełczewski, Majewski, Modrzewski, Płaczkiewicz, Tołwiński Wł.).

W dyskusyi a) kol. Czerwiński jest tego zdania, że Lublin zarówno ze względu na ilość hoteli, jak pomieszczenie dla odczytów doskonale nadaje się na Zjazd. Zadaniem Komitetu będzie: uzyskanie pozwolenia, rozesłanie cyrkularzy do Towarzystw lekarskich, rozesłanie do wszystkich lekarzy zaproszeń do nadsyłania odczytów. — b) Kol. Jasiński dodaje, że najważniejszą rzeczą jest wybór tematów i referentów. — c) Kol. Modrzewski sądzi, że należy najprzód otrzymać pozwolenie na Zjazd i dopiero wybrać komitet organizacyjny. — d) Polecono kol. Jaworowskiemu, Kiełczewskiemu i Czerwińskiemu rozpocząć starania o pozwolenie na Zjazd. — e) Kol. Tołwiński zaznacza, że podanie powinno być zrobione w imieniu Towarzystwa, a podpisać powinni prezes i paru członków. — f) Kol. Dobrucki wyraża zdanie, że Zjazd powinien mieć charakter dydaktyczny, że nie należy wyłączać lekarzy ze stolicy, że należałoby zwrócić się do specyalistów z prośbą o opracowanie tematów z najważniejszych dziedzin medycyny, naprzykład: o seroterapii współczesnej, o aseptyce, o złamaniach i zwichnięciach, o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego. Ze społeczno-literackich tematów nadają się: organizacya pomocy lekarskiej na wsiach i większych miastach, organizacya wzajemnego ubezpieczenia lekarzy.

2) W sprawie organizacyi dyżurów nocnych, dyskutowanej wskutek odezwy Magistratu, postanowiono odpowiedzieć, że Towarzystwo nie posiada środków na wynagrodzenia lekarzy dyżurujących, że próba dyżurów nocnych z inicyatywy prywatnej nie powiodła się, że dyżury nie mogą być urzeczywistnione bez zapomogi z kasy miejskiej.

3) Odczytano list kol. Kaczyńskiego w sprawie wzajemnego ubezpieczenia się lekarzy.

Posiedzenie d. 4. IV. 1913.

Przewodniczący: A. Jaworowski. Obecnych członków 18.

1) Kol. Żebrowski przedstawia: a) chorego po **operacyi doszczętnej na** prawym **wyrostku sutkowym** z powodu przewlekłego ropienia z ucha, powikłanego schorzeniem wyrostka sutkowego; przebieg po operacyi prawidłowy; b) dwa **preparaty korrozyjne kości skroniowej** i omawia technikę dla otrzymania takich preparatów; wszystkie komórki powietrzne, tudzież cały błędnik, wypełniły się metalem Wooda.

2) Kol. Jankowski przedstawia przypadek **potworniaka** w okolicy kości krzyżowej u dziecka 2-letniego. Potworniak ma na powierzchni parę brodawek, podobnych do brodawek sutkowych.

3) Kol. Wąsowski odczytuje sprawozdanie z »Przychodni Walki z gruźlicą«.

W dyskusyi brali udział kol.: Żebrowski, Dziemski, Jasiński, Jaworowski, Klarner, Borsukiewicz i Dobrucki.

4) Kol. Czerwiński przedstawia szereg preparatów.

5) W odpowiedzi na zapytanie Magistratu co do wysokości honoraryum za wizyty podczas dyżuru nocnego, postanowiono odpowiedzieć: Honoraryum podczas nocnego dyżuru wynosić powinno conajmniej 3 ruble, dodając, że pomoc położnicza i zabiegi chirurgiczne wynagradzane być powinny w każdym poszczególnym przypadku stosownie do zabiegu. Jeżeli magistrat da lokal, telefon i 5 rubli za każdy nocny dyżur z warunkiem, że dyżurujący lekarz będzie wynagradzany przez każdego chorego stosownie do zamożności, to prawdopodobnie znajdą się ochotnicy do dyżurowania.

Posiedzenie d. 4. VI. 1913.

Przewodniczący: A. Jaworowski. Obecnych członków 12, gości 1.

1) Kol. Dobrucki pokazuje: a) chorą operowaną w stanie bardzo ciężkim po **pęknięciu torbieli jajnika;** przebieg pooperacyjny bez powikłań; b) dwa przypadki **wola** (struma cystica et parenchymatosa); c) przypadek **operacyi plastycznej** (Thierscha) z powodu bliznowatego przykurczenia palców **dłoni** z wynikiem bardzo zadowalniającym; d) przypadek operowany z powodu **zwężenia odźwiernika** po wrzodzie; przed operacyą stwierdzono znaczne rozszerzenie żołądka (prawie do spojenia łonowego) i wyniszczenie chorego; badanie treści żołądkowej nie wskazywało na raka, przebieg pooperacyjny bardzo dobry, obecnie chory tyje; e) przypadek **potworniaka** w okolicy kości krzyżowej (fotografia chorej przed operacyą i wynik pooperacyjny); potworniak był olbrzymich rozmiarów; f) przypadek **gruźliczego zapalenia otrzewnej,** wychodzącego z narządów płciowych (jajowody); do rozpoznania przyczynił się dodatni odczyn dwuazowy, któremu kol. Dobrucki przypisuje w podobnych razach wielkie znaczenie rozpoznawcze.

2) Następnie kol. Dobrucki pokazał preparaty: a) **jajowody** chorej, pokazanej przed chwilą, b) **jajowody** innej chorej, która cierpiała na gruźlicę otrzewnej, c) **gruczoł krokowy** po udanej operacyi metodą Freiera, d) **polip kiszki stolcowej** dużych rozmiarów, e) **pęcherzyk żółciowy** i kamyki.

3) Kol. Czerwiński pokazuje następujące preparaty: a) jajowody z przypadku **ciąży zewnątrzmacicznej,** b) jednokomorową **torbiel, uwięźniętą w zatoce Douglasa**.

Dyskusya: a) Kol. Jasiński zapytuje kol. Dobruckiego o doświadczenie jego co do fibrolizyny, dodając, że sam w paru przypadkach blizn po oparzeniu nie otrzymał żadnego wyniku. b) Kol. Dobrucki i Czerwiński również dobrych wyników w keloidach nie mieli. c) Kol. Jaworowski w keloidach dodatniego wyniku nie spostrzegł. d) Kol. Cynberg zapytuje, czy u chorej z gruźlicą otrzewnej znaleziono pierwotne ognisko w innych narządach, gdyż narządy płciowe kobiece pierwotnie nie ulegają gruźlicy nawet tam, gdzie stwierdzono naprzykład u męża gruźlicę narządów płciowych. e) Kol. Jaworowski zapytuje o zachowawcze leczenie kamicy żółciowej. f) Kol. Dobrucki odpowiada, że tam, gdzie niema ropienia, pęcherzyka nie usuwa.

4) Kol. prezes odczytuje listy:

a) List Zarządu Resursy kupieckiej o opłacenie czynszu. Zdecydowano zapłacić należność z remanentu i po dłuższej dyskusyi postanowiono lokalu nadal nie wynajmować, posiedzenia zaś odbywać w lecie w gmachu po- Dominikańskim, w zimie bądź kolejno u członków, bądź też w czytelni Resursy za każdorazową opłatą.

b) Wiadomość o zawiązaniu się Towarzystwa lekarskiego w Piotrkowie.

c) List Galicyjskiego Banku zdrojowisk z prośbą

o subskrybcyę akcyi (400 kor.) na zebranie kapitału w celu ulepszenia naszych wód i zdrojowisk. Prezes popiera tę sprawę i wnosi, by poza osobistymi zapisami nabyć akcyę z kapitału zapasowego Towarzystwa. — Wniosek ten zostanie poddany pod głosowanie na ogólnem posiedzeniu.

d) List kol. Sulimierskiego z Buska.

e) List Towarzystwa literacko-naukowego w Lublinie.

5) Kol. Jasiński zapytuje, jak stoi sprawa Zjazdu lekarzy?

Kol. Czerwiński odpowiada, że podanie do władz wniesione zostało miesiąc temu, odpowiedź spodziewana jest za $1-1\frac{1}{2}$ miesiąca.

6) Kol. Prezes w przewidywaniu wyborów, jakie odbyć się mają na przyszłem posiedzeniu, prosi kolegów, by zawczasu upatrzyli kandydata na prezesa, gdyż mandatu swego nadal piastować nie może. B. Dziemski.

Wiadomości bieżące.

Wiekopomne dzieło Śniadeckiego »Teorya jestestw organicznych« jest do nabycia po nader zniżonej cenie 2 kor. 50 h. za egzemplarz w Administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Cały dochód z rozprzedaży przeznaczony został na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 3. XII. 1913 posiedzenie, na którem wybrano komitet przedwyborczy, poczem prof. Lewkowicz, prof. Kader, prof. Nowotny, Dr Hładij, Dr Jaworski i Dr Składkowski przedstawili szereg przypadków chorobowych.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. XI. do 29. XI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 5 † 1), krztuśca 6 † 1 (— † —), ospy wietrznej 2, płonicy 15 † 1 (— † —), odry 29 † 1 (— † —), duru brzusznego 3 † 1 (1 † —), czerwonki 6 † —. Dr Janiszewski.

Mianowani profesorami higieny: w Bonn prof. Neumann z Giessen, w Gryfii prof. Römer z Marburga.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LII. Kraków, dnia 27 grudnia 1913 Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Kiłowe schorzenie tętnicy głównej. Ostry przebieg choroby. Śmierć skutkiem zamknięcia ujścia tętnic wieńcowych serca.

Opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

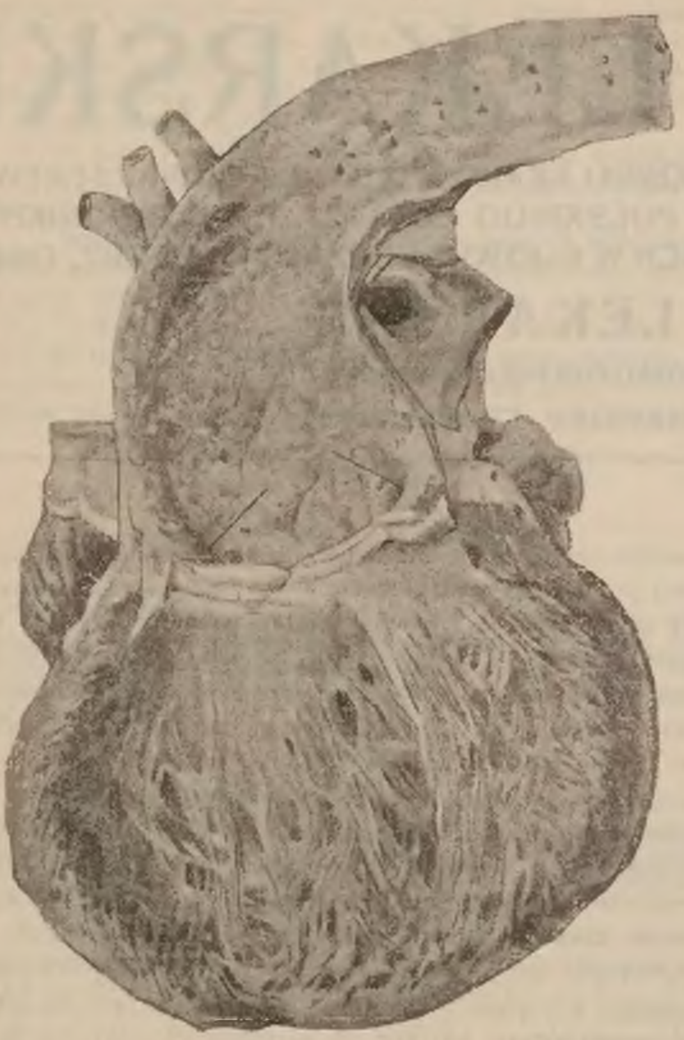
Zbiór objawów, spostrzeganych w tym przypadku, był tego rodzaju, że rozpoznanie kiłowego pochodzenia choroby nasuwało się samo przez się. O ile chodzi o wynik badania fizycznego, to na plan pierwszy wysuwały się znamiona rozszerzenia początkowej części aorty. Należały do nich: widoczne, jakkolwiek słabe tylko tętnienie w górnej części mostka, wyraźne stłumienie odgłosu opukowego w tej okolicy, w której leżą wielkie naczynia, wyższe ustawienie i silniejsze tętnienie tętnic szyjnych i podobojczykowych, wreszcie nieustający szmer skurczowy nad rękojeścią mostka. Młody wiek chorego i brak zupełny zmian miażdżycowych w tętnicach obwodowych wyłączały zwykłą miażdżycę tętnic. Można więc było myśleć albo o zakaźnej ostrej sprawie zapalnej w tętnicy głównej, o której u nas swego czasu pisał A. Gluziński[19]), a którą osobiście[20]) również miałem sposobność spotykać, albo o kiłowem zapaleniu w rozumieniu szkoły kilońskiej. Dla pierwszego przypuszczenia brakowało najważniejszej podstawy, t. j. przebytej, względnie przebywanej jakiejkolwiek choroby zakaźnej. Ciepłota ciała wahała się zawsze w granicach prawidłowych. Początek choroby nie był bynajmniej ostry w zwykłem znaczeniu tego określenia. Pozostawała więc istotnie tylko druga możliwość, za którą zresztą najzupełniej przemawiał wynik badania fizycznego. Oświadczając się za nią, można było bez trudności wytłómaczyć i napady dusznicy i objawy ściśle sercowe. Pierwsze trzeba było pojmować jako wyraz niedostatecznej drożności naczyń wieńcowych, drugie poczytać za następstwo dalszej tej niedrożności, złego odżywienia mięśnia sercowego i powstawania w nim zmian przewlekłych zapalnych i degeneracyjnych, najprawdopodobniej wzdłuż przebiegu najdrobniejszych tętniczek, tworzących rozgałęzienia tętnic wieńcowych. Stosownie do tego rozpoznawczego rozumowania zalecono leczenie przeciwkiłowe, które polegało na podawaniu soli jodowych i na codziennych wstrzykiwaniach enesolu w mięśnie pośladków. Niestety leczenie to, mimo że je rozpoczęto wkrótce po przyjęciu chorego, nie przyniosło spodziewanej korzyści. Napady dusznicy pojawiały się codziennie i trwały coraz dłużej. Ostatni taki napad wystąpił 13. sierpnia o godzinie 5 po południu i trwał bez przerwy aż do śmierci, która nastąpiła o godzinie 3 rano 14. sierpnia. Jako bezpośrednią jej przyczynę przyjęliśmy zamknięcie światła tętnicy wieńcowej.

Oględziny pośmiertne zwłok (Prosektor R. rz. Dr Wodyński), wykonane na drugi dzień po śmierci, posłużyły do ugruntowania rozpoznania klinicznego, a nadto rozjaśniły jeszcze dokładniej przyczynę napadów dusznicy bolesnej. Z protokołu sekcyjnego wyjmiemy tu szczegóły, obchodzące nas najbliżej.

Zwłoki dobrze zbudowanego mężczyzny o skórze bladej, bez obrzęków, nie okazują na powłokach zewnętrznych żadnych zmian. Płuca leżą zupełnie wolno w worku opłucnym, zawierają prawidłową ilość powietrza, nie ma w nich zupełnie zmian, właściwych obrzękowi. Powierzchnia opłucnej gładka, lśniąca, wybroczyn nie ma. Serce nieco większe, zastawki prawidłowe, komora lewa pojemniejsza, ściany jej grubsze. Podobne rozszerzenie, ale bez wyraźnego zgrubienia ścian, okazuje komora prawa. Na przekroju mięśnia sercowego widać liczne, ciemno-czerwono zabarwione ogniska. Zabarwienie to jest następstwem wybroczyn krwi. Sam mięsień jest bardzo wiotki, kruchy. Tętnica główna (zob. ryc. 2) okazuje wyraźne rozszerzenie, rozciągające się na część wstępującą i na początek właściwego łuku. Na powierzchni wewnętrznej aorty znajdują się bardzo cechujące zmiany. Jest ona w całości nierówna, pomarszczona i pofałdowana. Między fałdami, tworzącymi w wielu miejscach wprost koliste wały, znajdują się wgnioty i wgłębienia rozmaitej wielkości. Na powierzchni

[19]) A. Gluziński. O ostrem i podostrem zapaleniu tętnicy głównej w następstwie chorób zakaźnych. Przegl. lek. 1900, Nr 32—34.

[20]) L. Korczyński. Kilka uwag w sprawie patogenezy miażdżycy tętnicy głównej. Gazeta lekarska 1912. — Einige Bemerkungen zur Pathogenese der Aortasklerose. Wiener klin. Rundschau 1902, Nr 22—23.



Ryc 2.

takich wgniotów znać także zmarszczki, przebiegające przeważnie wzdłuż osi naczynia. Powstaje przez to obraz, jaki przedstawia starcza, zwiędła, pomarszczona skóra. Dwa tego rodzaju dość wyniosłe wały okrężne otaczają ujścia tętnic wieńcowych i zwężają je tak bardzo, że do tętnic wprowadzić można zaledwo cienkie zgłębniki. Szczególnie wązki jest otwór ujścia lewej tętnicy wieńcowej. W dalszym przebiegu nie okazują tętnice wieńcowe wyraźnych zmian, dostrzegalnych gołem okiem. Podobne obwałowanie, jak dokoła ujścia tętnic wieńcowych, widać także w bezpośredniem otoczeniu ujść innych naczyń, odgałęziających się w łukowej części aorty. Wszystkie opisane tu zmiany ograniczają się tylko do łuku tętnicy głównej. W dalszym jej przebiegu ucinają się prawie nagle, w środkowej i dolnej części aorty piersiowej i brzusznej nie ma ich zupełnie. Tętnice obwodowe wielkie i średnie przedstawiają zupełnie prawidłowy obraz. — W narządach jamy brzusznej nie znaleziono, poza przekrwieniem biernem wątroby i śledziony, żadnych nieprawidłowych zmian. Podobne przekrwienia okazują także nerki.

Rozpoznanie sekcyjne opiewało: Arteriosclerosis diffusa et dilatatio aneurysmatica partis superioris aortae thoracicae. Sclerosis arteriarum coronariarum cordis circumscripta, myocarditis recens dispersa. Hypertrophia, dilatatio et degeneratio adiposa musculi cordis.

Wynik sekcyi godził się najzupełniej z wynikiem badania klinicznego. Siedziba sprawy chorobowej tylko w łukowej części tętnicy głównej i cechy anatomiczne zmian usprawiedliwiały najzupełniej rozpoznanie kiłowego pochodzenia choroby. Do utrwalenia tego rozpoznania przyczynia się jeszcze wynik badania drobnowidowego skrawków, sporządzonych z aorty (ryc. 3).



Ryc. 3.

Na przekrojach tętnicy widać naciek drobnokomórkowy, zajmujący w postaci mniejszych i większych ognisk znaczne przestrzenie w błonie zewnętrznej i w błonie mięsnej. W niektórych miejscach wsuwa się naciek jakby wypustkami także w błonę wewnętrzną. Pasy nacieku idą najwidoczniej z przebiegiem drobniutkich naczyń odżywczych tętnicy (vasa vasorum). Rozpościeranie się nacieku między pasmami włókien sprężystych i włókien mięsnych sprawia, że włókna rozstępują się, później ulegają zwyrodnieniu i zupełnemu zanikowi, a miejsce ich zajmuje niesprężysta tkanka łączna Pasemka jej dochodzą także do błony wewnętrznej, wnikają w nią i kurcząc się sprawiają, że powierzchnia tętnicy staje się nierówna, że powstają na niej zagłębienia w postaci wgniotów (Auspunzungen Doehlego) i drobne rynienkowate zaciągnięcia, które jej nadają wejrzenie pomarszczonej skóry.

Przez zanik sprężystych części utkania ścian tętnicy i rozwój niekurczliwej tkanki łącznej cieńczeją ściany tętnicy, oporność ich zmniejsza się do tego stopnia, że pod wpływem parcia krwi następuje rozszerzenie tętnicy, a wreszcie dochodzi do powstawania tętniaków ze wszystkiemi dalszemi następstwami. O zmianie grubości ścian przekonać się bardzo łatwo, oglądając rozciętą tętnicę pod światło. Widać wtedy wprost zcieńczałe miejsca. Obraz taki mieliśmy i w naszym przypadku.

Krótka wzmianka należy się jeszcze zmianom, jakie znaleziono w mięśniu sercowym przy badaniu sporządzonych z niego skrawków.

Wspomnieliśmy już, że w samym pniu tętnic wieńcowych nie było widocznych znamion nacieku zapalnego. Napozór zdawaćby się mogło, że nie będzie ich także i w drobnych gałązkach, rozpościerających się w ścianie serca. Z dawniejszych jednak badań w sekcyjnych przypadkach kiłowego zapalenia mięśnia sercowego nabrałem przekonania, że o obecności ich lub braku rozstrzygać może tylko badanie drobnowidowe. Ze zdaniem tem spotykamy się zresztą także w pracy Stockmanna[21]) o kilakach serca. Nie inaczej było i w badanym przypadku.

W skrawkach, sporządzonych z różnych części mięśnia sercowego, znajdowały się bardzo wyraźne zmiany w drobnych naczyniach tętniczych i w ich otoczeniu w postaci zapalenia ścian naczyniowych, nacieku drobnokomórkowego i bujania tkanki łącznej, a wreszcie zwężenia i zupełnego zamknięcia światła naczynia. Naciek drobnoko-

[21]) W. Stockmann. Ueber Gummiknoten im Herzfleisch bei Erwachsenen, Wiesbaden 1904.

mórkowy rozciągał się także wśród włókien mięsnych, a w wielu miejscach znać było nowo-wytworzoną tkankę łączną. Ognisk tego rodzaju znajdowało się bardzo wiele, zwłaszcza w ścianach lewej komory, szczególnie zaś w mięśniach brodawkowych. Tam też znajdowały się najliczniej zupełnie zamknięte naczynia.

Zestawiwszy obraz, jaki się przedstawiał przy pośmiertnem badaniu aorty i serca, z objawami, spostrzeganymi za życia, możemy bardzo dokładnie zrozumieć ich pochodzenie. Ogniskiem, około którego grupowały się znamiona choroby, było tu bezsprzecznie niezwykle znaczne zwężenie ujścia tętnic wieńcowych serca. W dalszym rozwoju kiłowego zapalenia aorty doszło ono do tego stopnia, że krew nie mogła się już prawie zupełnie przedostawać do mięśnia sercowego. W ostatnich godzinach życia, wtedy, kiedy mieliśmy przed sobą objawy przewlekającego się napadu dusznicy bolesnej, doszedł głód krwi do najwyższego stopnia. Serce, nie otrzymując pożywienia, wyczerpywało się, włókna mięśni uległy zwyrodnieniu, wszelka praca serca stała się niemożliwą.

Za życia trudno było kusić się o wskazanie istotnej przyczyny zamknięcia tętnicy wieńcowej. Mógł nią być tak zator, jak zakrzep, albo zarośnięcie ujścia. W rozpoznaniu nie rozstrzygaliśmy tych pytań zupełnie, a zadowoliliśmy się tylko stwierdzeniem, że światło tętnicy nie jest otwarte.

W przypadku, którego opis podaliśmy, mamy przykład całej grozy choroby, gdy sprawa kiłowa zajmuje tętnicę główną w początkowej jej części i wnika poniekąd w ujście tętnic wieńcowych. Mimo natychmiastowego, wcale energicznego leczenia nie powiodło się powstrzymać rozwoju choroby i odwlec niepomyślnego zejścia. Do wstrzykiwań salwarsanu nie uciekaliśmy się wprost z tego powodu, że lek ten wywołuje odczyn miejscowy, którego następstw, o ile chodzi o naczynia, przewidzieć niepodobna, tembardziej, że na podstawie badania klinicznego nie możemy sobie wyrobić zupełnie dokładnego pojęcia o stanie naczyń, o rozmiarach i o siedzibie zmian kiłowych.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

A. de Verbizier. **Nowe poszukiwania prątków Kocha we krwi krążącej u gruźliczych.** (Rev. de med. 1913, Nr 3). U 15 chorych gruźliczych w różnych okresach nie znalazł wcale autor we krwi prątków Kocha, posługując się metodami Rosenbergera i Stäubli-Schnittera. Podobnie i szczepienia krwi tych chorych świnkom morskim nie dały wyniku dodatniego. V. sprzeciwia się zatem twierdzeniu, jakoby prątki gruźlicze miały stale znajdować się we krwi gruźliczych i ostrzega przed czynieniem zbyt daleko idących wniosków. N.

Plesce i Karczag. **Thorium x w biologii i patologii.** (Zeit. f. exp. Path. u. Th. 1 H. 12 Bd.). Thorium x wydziela się u ludzi w ilości 20% w pierwszych 3 dniach po wstrzyknięciu, z tego w 2% z moczem, a 17% z kałem, nieznaczne ilości z potem. 80% toru pozostałego, który zamienia się w ustroju na tor A, rozmieszcza się (u królika) w szpiku kostnym, mięśniach, sercu i wątrobie. W odróżnieniu od radu lub jego produktów nie spostrzegano wpływu toru na sprawy fermentacyjne ustroju. Wzrost prątka okrężnicy nie uległ upośledzeniu nawet pod wpływem dużych dawek. Wpływ na oddychanie chorobowo zmienione jest widoczny w kierunku pomyślnym. W przypadkach wzmożonego ciśnienia krwi zauważono obniżenie się ciśnienia (mechanizm tego działania nie jest wyjaśniony). Wpływ na przemianę materyi jest następujący: stwierdza się podniesienie współczynnika oddechowego do 1·3—1·4, coby wskazywało na wzmożenie się spraw utleniania w ustroju, u chorej 114 kg ważącej można było uzyskać w 19 dniach spadek wagi o 17 kg; w innym przypadku otyłości nie spostrzegano spadku wagi ciała. Duże ilości moczu wydzielanego przemawiają za zatrzymywaniem płynów. U dnawych stwierdzono zwiększenie wydzielania kwasu moczowego po wstrzykiwaniach toru x, podobnie i w białaczce i niedokrwistości. Wstrzykiwania śródżylne są najbardziej godne polecenia. Po wstrzykiwaniach podskórnych mogą występować po tygodniach owrzodzenia. Dla uniknięcia objawów jelitowych zaleca się podawać dyetę, dającą dużo odpadków (schlackenreiche Diät) i częste lawatywy w trzech pierwszych dniach. Wrażliwość na tor x jest indywidualnie różna. Dawka najwyższa dla ludzi 3—5 milionów M. E. Objawy zatrucia (u zwierząt): martwica błony śluzowej żołądka i jelit i skaza krwotoczna. N.

Wegerer. **Badania nad skórnym odczynem tuberkulinowym.** (Med. Klin. 1913, Nr 16). Autor odrzuca wcieranie tuberkuliny starej z domieszką maści, jako niepewne w wyniku, lecz (po poprzedniem zmyciu skóry benzyną lub eterem) wciera jedną lub kilka kropel starej tuberkuliny bez maści w skórę piersi u mężczyzn, w brzuch lub pod pachę (ze względów kosmetycznych) u kobiet i przykrywa to miejsce plastrem obojętnym. Przez to przykrycie plastrem nie spostrzegał W. nigdy odczynów na odległem miejscu, które Moro tłómaczył wpływami nerwowymi. Odczyn po tym sposobie wtarcia i przykrycia występuje po 48 godzinach, najwyżej zaś do 4 dni. Autor rozróżnia trzy stopnie: 1) gdy występują tylko poszczególne guzki, 2) gdy ich jest więcej i 3) gdy ich jest tak dużo, że się zlewają zupełnie. Skóra, otaczająca te guzki, jest nieco zwykle wzniesiona, bardzo lub nieco czerwona, rzadko na szczycie guzków występują pęcherzyki i wtedy zjawia się swędzenie. Wielkość guzków jest odwrotnie proporcyonalna do ich ilości. Odczyn ten występuje zupełnie niezależnie od sposobu czy siły wtarcia tuberkuliny, niezależnie też od poprzedniego podrażnienia skóry (plastrem gorczycznym, nalewką jodową i t. d.), dalej niezależnie od stanu skóry (jednakowo u osób młodych i u starców). Odczyn ten jest dalej niezależny od miesiączkowania, od krwotoków, chorób gorączkowych (dur brzuszny, zapalenie płuc), w przeciwieństwie do doświadczeń Rollego nad odczynem Pirqueta, który przy gorączkowych stanach ma być zniesiony. W gruźlicy prosówkowej odczyn jest stale ujemny, a objaw ten możnaby wciągnąć w szereg objawów różniczkowych między durem brzusznym a gruźlicą prosówkową. Nie ma też różnicy w odczynie między wtarciem tuberkuliny starej a tuberkuliny perlicy, w przeciwieństwie do odczynu Pirqueta. Autor przypisuje swemu sposobowi wyższość nad sposobem Moro i Pirqueta.

Mondschein.

Prof. Rolly. **Istota i leczenie śpiączki cukrzycznej.** (Med. Klin. 1913, Nr 15). Cechą charakterystyczną tego stanu jest oddech, który Kussmaul nazywa »wielkim«. Może on być zwolniony albo przyspieszony. Chory czuje się osłabionym, skarży się na zawrót głowy, wkrótce wpada w śpiączkę, która powoli przechodzi w zupełną bezprzytomność. Nieraz chorzy bywają podrażnieni, szczególnie w początkach tego stanu, inni leżą spokojnie w łóżku i skarżą się na brak powietrza. Tętno już wcześnie staje się bardzo małem, a szybkiem. Oddziaływanie źrenic ustaje rychło po zaczęciu się śpiączki, ciepłota ciała jest bardzo nizka, zwykle między 35 a 36°, a zdarza się czasem nader nizka, bo nawet 33·4°. Czas trwania śpiączki wynosi sześć

godzin do czterech dni; stan ten zawsze prawie kończy się śmiertelnie. Ilość moczu na dobę jest znacznie zmniejszona, wynosi od 500—1000 cm^3, zawartość cukru rozmaita, czasem znaczna, często jednak bardzo zmniejszona. Co do przyczyn śpiączki cukrzycznej, to nie są one jeszcze wyjaśnione. Jedni autorowie przypisują przyczynę nagromadzeniu się we krwi acetonu, drudzy — kwasu oksymasłowego, inni kwasu aceto-octowego, jeszcze inni identyfikują stan ten z mocznicą, ponieważ podczas śpiączki występują w moczu często wałeczki szkliste i ziarniste, przytem białko. Klemperer przypisuje przyczynę śpiączki truciznom, powstałym w tkankach, Schmitz toksynom, powstałym w jelitach. Stadelman, Minkowski, Magnus-Levy dowiedli, że podczas śpiączki zwiększone jest wydzielanie kwasów, a i zasadowość krwi mniejsza, wobec czego przypisują kwasom przyczynę tego stanu. Autor przychyla się do tego zapatrywania, nie przeczy jednak, że obok tych kwasów grać mogą rolę toksyny, powstające w ustroju. Leczenie zasadzać się powinno wedle autora na tem, by zapobiedz powstawaniu połączeń acetonowych w ustroju. Gdy więc mocz obok cukru wykazuje wyraźny odczyn Gerhardta, podaje R. chorym przez kilka dni czysto mączną dyetę (owsianą lub inną) obok dni wyłącznie jarzynowych (jak to Noorden szczególnie zaleca). Obok tego dwuwęglan sodu lub cytrynian sodu w coraz wyższej dawce, zacząwszy od 5 gramów aż do 40 - 50 gr. na dzień. Ilość połączeń acetonowych zwiększa się po podaniu dwuwęglanu sodu znacznie, w każdym razie ilość wydzielanego acetonu jest znacznie większa od jego ilości wytwarzanej w ustroju. Gdy jednak mimo to śpiączka się pojawi, radzi autor wstrzyknąć śródżylnie (nie podskórnie z powodu możliwej martwicy) 1 litr 3—5% rozczynu sody, przytem obficie podawać go wewnętrznie i obok tego kilkakroć dziennie po 50 gr. przez odbytnicę. Dalej radzi autor upust krwi z żyły (300 - 600 cm^3), obok sody wstrzykiwania soli kuchennej 3—5 litrów dziennie. Nadto zaleca się leki podniecające i moczopędne, a więc dużo kofeiny, kamfory, digalen, strofantynę śródżylnie, dalej kawę, herbatę, wino, koniak, szampan. Mondschein.

Okulistyka.

Ziemiński. **Collyria oleosa.** (Postęp okul. 1912, Nr 12). Autor zwraca uwagę na znaczne trudności, jakie sprawia nietyle wyjaławianie wodnych rozczynów alkaloidów, używanych w okulistyce, jak raczej utrzymywanie tych rozczynów w jałowym stanie. Często już przed upływem jednej doby rozczyny tych alkaloidów, a zwłaszcza kokainy, wykazują obecność mętów w postaci niteczek, kłaczków, obłoczków, które nie są niczem innem, jak koloniami różnych grzybków i pleśni. Częste przegotowywanie rozczynów ma tę złą stronę, że zwiększa ich stężenie, a co gorsza wywołuje często rozkład alkaloidu. Wszelkie środki przeciwgnilne, dodane w ilości skutecznej, działają na oko silnie drażniąco, dodane zaś w ilości tak małej, ażeby nie drażniły, nie powstrzymują rozwoju zarazków. Z tych powodów zasługują na rozpowszechnienie oleiste rozczyny alkaloidów, wprowadzone do praktyki okulistycznej przez Panasa i jego szkołę. Wprawdzie przyrządzanie tych rozczynów wymaga bardzo wielkiej staranności i może być wykonane tylko w dobrze urządzonych pracowniach chemicznych, ale zato posiadają one bardzo cenne zalety. Przedewszystkiem są niezwykle trwałe i nawet w zetknięciu z powietrzem zachowują przezroczystość, nie tworząc mętów, ani osadu. Badania pracowniane i kliniczne Panasa, Scriniego, Artaulta, Tersona i innych dowiodły, że te »collyria oleosa« nawet po szeregu miesięcy — i to bez przestrzegania szczególnych ostrożności — nie ulegają zakażeniu. Wogóle rzec można, że płyny oleiste nie są podłożem podatnem dla rozwoju zarazków. Na podstawie kilkuletniego doświadczenia doszedł autor do przekonania, że wszystkie rozczyny oleiste alkaloidów energiczniej i skuteczniej działają na oko, niż odpowiednie rozczyny wodne; że z nich najlepsze usługi oddaje oleisty rozczyn kokainy, (zwłaszcza przy urazowych uszkodzeniach nabłonka rogówki), oraz ezeryny, który nie wywołuje bolesnych skurczów tęczówki i nigdy nie przybiera barwy czerwonej, zależnej od rubrezeryny, tak łatwo wytwarzającej się w rozczynach wodnych. K. W. Majewski.

Leber. **Działanie chininy na spojówkę i na rogówkę.** (Ophthalmol. Gesellsch. Heidelberg, 1913). Przez zapuszczanie rozczynu chininy do worka spojówkowego w przypadkach jaglicy otrzymywał Leber oprócz znieczulenia spojówki i rogówki, także korzystny wpływ na przebieg sprawy jaglicznej: zmniejszenie ilości limfocytów i działanie na wtręty komórkowe, które najpierw pęcznieją, a potem zanikają. Ciało pochodne od chininy, etylohydrochinina w oliwnym, lub jako chlorek w wodnym rozczynie daje zachęcające wyniki w leczeniu pełzającego wrzodu rogówki. Löhlein stosował również z pożytkiem w przypadkach jaglicy podspojówkowe wstrzykiwania 1% rozczynów chininy. K. W. Majewski.

Levinsohn. **O sztucznem wytwarzaniu krótkowzroczności u małp.** (Ophthalmol. Gesellsch., Heidelberg, 1913). Na poparcie swej teoryi, wedle której krótkowzroczność ma powstawać przez nawykowe, albo rodzajem zajęcia spowodowane pochylanie tułowia i głowy, przeprowadził Levinsohn szereg doświadczeń na małpach, które przez 6 miesięcy codziennie przez kilka godzin zmuszał do zachowywania takiego położenia, aby oczy były stale w osi strzałkowej zwrócone ku dołowi. U jednej z małp, mającej pierwotnie oczy miarowe, powstała po tym krótkim czasie krótkowzroczność 5,0 D, u innej pierwotna krótkowzroczność 3,0 D zwiększyła się do 13,0 D. Ta doświadczalnie wytworzona krótkowzroczność polega, podobnie jak krótkowzroczność szkolna, na wydłużeniu przedniotylnej osi gałki ocznej. K. W. Majewski.

Żurkowski. **O sposobach wyrównania niezborności złożonej.** (Postęp okul. 1913, Nr 1—2). W poprzedniej swej pracy wyszczególnił autor szereg sposobów wyrównania niezborności mieszanej, t. j. wady polegającej na tem, że w jednym z głównych południków zachodzi krótkowzroczność, a w drugim dalekowzroczność. W obecnym artykule zajmuje się z kolei sposobami wyrównania niezborności złożonej, t. j. wady takiej, gdzie w obu południkach głównych istnieje bądźto krótkowzroczność, bądź dalekowzroczność, ale nie jednaka co do stopnia. Z teoretycznych wywodów i z geometrycznych wykreśleń wynika, że w każdym poszczególnym przypadku takiej niezborności złożonej ma okulista do wyboru aż dziewięć różnych kombinacyi soczewek, któremi może daną niezborność jednako dokładnie wyrównać. Pod względem działania optycznego, a tem samem wartości wyrównawczej, wszystkie te kombinacye pomimo różnolitości swego składu są zupełnie równoznaczne. Dla wyrównania niezborności złożonej krótkowzrocznej rozporządzamy zatem następującemi postaciami szkieł: 1) Kombinacya dwóch wklęsłych walców; 2) połączenie słabszej sfery wklęsłej z wklęsłym walcem; 3) połączenie silniejszej wklęsłej sfery z wypukłym walcem; 4) soczewka toryczna t. zw. »pneumatykowa«; 5) soczewka toryczna t. zw. »wrzecionowa«; 6) soczewka peryskopijna wklęsła o przedniej stronie torycznej; 7) soczewka peryskopijna wklęsła o tylnej stronie torycznej; 8) soczewka dwutoryczna wklęsła; 9) soczewka dwutoryczna wklęsła peryskopijna. Analogiczny szereg 9 optycznie równowartościowych kombinacyi soczewek istnieje dla każdego przypadku dalekowzrocznej niezborności złożonej. K. W. Majewski.

Uroczystości jubileuszowe »Nowin lekarskich«

w Poznaniu 13. i 14. grudnia 1913.

Dwudziestopięciolecie »Nowin lekarskich« ma niepoślednie znaczenie z kilku względów. Przedewszystkiem sam fakt utrzy-

mania czasopisma lekarskiego polskiego w dzielnicy, w której jest zaledwo około trzystu lekarzy polskich, w której brak uniwersytetu i pracowni naukowych, a do szpitali publicznych lekarze Polacy nie są dopuszczani, świadczy niezmiernie dodatnio o energii, wytrwałości, solidarności i ofiarności lekarzy wielkopolskich. Tak trudnych chwil, jakie przechodziły »Nowiny« kilkakrotnie, gdy upadek ich zdawał się nieunikniony, nie przetrwałoby zapewne żadne z pism naszych. »Nowiny« nietylko je przetrwały, ale, co więcej, wyszły z tych prób silniejsze, a rozwijane coraz lepiej troskliwemi i umiejętnemi staraniami swych redaktorów: Wicherkiewicza, Chłapowskiego, Święcickiego i Łazarewicza, stały się ogniskiem, skupiającem i podnoszącem naukowy ruch lekarski w zaborze pruskim. Najwymowniejszym tego dowodem jest wspaniały zeszyt jubileuszowy, zawierający dwadzieścia pięć rozpraw oryginalnych, z małymi wyjątkami pióra lekarzy wielkopolskich, oraz wydany na jubileusz spis prac oryginalnych, ogłoszonych przez »Nowiny« w ciągu ćwierćwiecza; takim pięknym i obfitym plonem mogą się »Nowiny« z dumą pochlubić. Daje on bowiem pewność, że teraz nawet bez współpracowników z innych dzielnic potrafiłby się obejść organ Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk; a wszystko to owoc ćwierćwiekowej żmudnej siejby »Nowin«. Ale chociaż teraz »Nowiny« własnemi tylko siłami ostaćby się mogły, to jednak dalsze, i to tem żywsze współdziałanie współpracowników z innych zaborów jest konieczne, naprzód dlatego, aby ulżyć nieco ciężaru pracy kolegom wielkopolskim, a powtóre dlatego, aby rosła i wzmacniała się idea, której »Nowiny« były wyrazem, której od początku służyły i skutecznie ciągle służą: idea łączności wszystkich lekarzy polskich w pracy około postępu medycyny polskiej. Znaczenie jubileuszu »Nowin« jest jednakże jeszcze szersze, a sięga ono poza nasze zamknięte koło lekarskie. Wiadomo bowiem, że ciężka walka narodowa, oparta na zdobywaniu podstaw ekonomicznych, pochłania wszystkie siły naszego społeczeństwa w zaborze pruskim, zaprzęga do działania na polach praktycznej pracy społecznej i oświatowej wszystkie prawie dzielniejsze umysły, nie pozostawiając ani wiele czasu, ani wiele zasobów na produkcyę naukową. W tych warunkach jest okolicznością nader ważną, że ze wszystkich czasopism naukowych, wydawanych w Poznańskiem, utrzymały się przynajmniej »Nowiny lekarskie«, będące dziś j e d y n e m w o g ó l e czasopismem naukowem w tej dzielnicy.

To wszystko tłómaczy, dlaczego jubileusz »Nowin lekarskich« musiał niezmiernie żywe echo wywołać zarówno w całym świecie lekarskim polskim, jakoteż i w szerokich kołach społeczeństwa w Wielkopolsce, dlaczego też lekarze w Księstwie Poznańskiem i Prusach zachodnich gorąco pragnęli chwile jubileuszowe uświetnić i ujrzeć, jako gości w czasie tych dni, liczniejsze grono lekarzy współrodaków z innych dzielnic. Przyjazd ich i udział w posiedzeniach naukowych, związanych z jubileuszem, miał niejako powetować brak Zjazdów polskich lekarzy i przyrodników, które w Poznaniu wskutek brutalnych zakazów rządu pruskiego już od kilku dziesiątek lat zbierać się nie mogą. To serdeczne pragnienie lekarzy Wielkopolan zostało zrozumiane i na jubileusz »Nowin« pospieszyli ze wszystkich naszych ziem przedstawiciele instytucyi i towarzystw naukowych, w sporem gronie przeszło trzydziestu.

Uroczystości jubileuszowe rozpoczęły się 13. grudnia o 5 popołudniu w pięknej sali posiedzeń Wydziału lekarskiego, urządzonej w gmachu Towarzystwa przyjaciół nauk przed paru laty sumptem Dr Heliodora Swięcickiego, a ozdobionej witrażami z historyi medycyny w Polsce (jak portretami Jędrzeja Śniadeckiego i Karola Marcinkowskiego, wzorowanem na starym sztychu przeźroczem, przedstawiającem bytność Strusia u sułtana Solimana i t. d.). Posiedzenie zagaił prezes Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk, radca Dr Franciszek Chłapowski, serdecznem powitaniem zebranych. Na honorowych prezesów posiedzenia powołani zostali: prezes Towarzystwa lekarskiego warszawskiego Dr Pawiński i redaktor »Zdrowia« Dr Józef Jaworski z Warszawy, profesorowie Dr Antoni Jurasz i Dr Antoni Gluziński ze Lwowa, Dr Bolesław Wicherkiewicz i Dr Stanisław Ciechanowski z Krakowa. Przewodniczącym rzeczywistym zebrania został wśród gorących oklasków wybrany jeden z założycieli »Nowin« i najpierwszy ich redaktor, prof. Dr Wicherkiewicz. On też rozpoczął szereg przemówień życzeniami, złożonemi imieniem Wszechnicy Jagiellońskiej i krakowskiego Wydziału lekarskiego, następnie prof. Jurasz przemawiał od Wszechnicy lwowskiej i tamtejszego Wydziału lekarskiego, doc. Dr Janowski od Towarzystwa naukowego warszawskiego, Dr Pawiński od Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, oznajmiając, że Towarzystwo to mianowało swymi członkami honorowymi Dr Chłapowskiego i Dr Święcickiego, prof. Dr Ciechanowski od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, od Krajowego Związku lekarzy Galicyi i od »Przeglądu lekarskiego«, prof. Dr Bednarski od Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i od »Tygodnika lekarskiego«, prof. Dr S. S. Zaleski od Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu, składając piękny adres, Dr Koszutski od Towarzystwa lekarskiego kaliskiego, prof. Dr Łepkowski z Krakowa od Towarzystwa stomatologów polskich, Dr Szumlański z Warszawy od Redakcyi »Gazety lekarskiej«, Dr St. Orłowski z Warszawy od Redakcyi »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, Dr Józef Jaworski z Warszawy od Towarzystwa higienicznego warszawskiego i od Redakcyi »Zdrowia«, prof. Dr Panek ze Lwowa od Towarzystwa higienicznego lwowskiego i od Redakcyi »Przeglądu higienicznego«. Od wszystkich innych Towarzystw i redakcyi czasopism lekarskich polskich i czeskich, oraz od mnóstwa lekarzy polskich z całej Polski i z zagranicy nadeszły gratulacye telegraficzne i listowne, a niektóre Towarzystwa wysłały umyślnych delegatów oprócz wyżej wyliczonych.

Z powodu jubileuszu zostały »Nowinom lekarskim« poświęcone i złożone na posiedzeniu: cały tegoroczny LII tom »Przeglądu lekarskiego« i okazałe zeszyty jubileuszowe »Tygodnika lekarskiego«, »Gazety lekarskiej«, »Medycyny i Kroniki lekarskiej« oraz »Zdrowia«.

Szereg przemówień, nacechowanych nadzwyczaj serdecznym nastrojem, zamknął redaktor »Nowin lekarskich«, Dr St. Łazarewicz, piękną dłuższą mową dziękczynną, w której skreślił zarazem dzieje »Nowin lekarskich« i scharakteryzował działalność tych, którzy się do ich rozwoju najwięcej przyczynili.

Naukową część posiedzenia stanowiły dwa znakomite treścią i formą wykłady: prof. Dr Adama Wrzoska z Krakowa: »Lekarze wielkopolscy« i prof. Dr Emila Godlewskiego z Krakowa: »Pogląd na właściwości twórcze materyi żywej«. Oba te wykłady wyjdą drukiem w »Nowinach lekarskich«.

Wieczorem zebrało się całe grono uczestników jubileuszu w liczbie około półtorasta w sali hotelu Francuskiego na uczcie, którą lekarze wielkopolscy podejmowali przybyłych gości, a w czasie której wygłoszono długi szereg przemówień, odznaczających się niejednokrotnie zarówno piękną szatą, jak i głębszemi myślami. Rozpoczął je najstarszy z założycieli »Nowin«, rzeczywisty inicyator tej myśli, Dr Zielewicz, mową niezwykle piękną, zakończoną wzniesieniem zdrowia Wszechnic polskich w ręce rektora prof. Dr Gluzińskiego. Następnie przemawiał prof. Dr Ciechanowski na cześć »Nowin« i ich redaktorów, prezes Dr Chłapowski na cześć instytucyi i towarzystw lekarskich polskich, prof. Dr Gluziński, prof. Dr Jurasz, prezes Tow. lek. warsz. Dr Pawiński, Dr Łazarewicz, Dr Fr Zakrzewski i w. i., a jako tradycyjny toast końcowy wygłosił Dr Paweł Gantkowski z Poznania mowę, wprost porywającą szlachetnością słowa i polotem ducha. Długo jeszcze w noc ciągnęła się serdeczna gawęda zebranych ze wszystkich stron Polski uczestników, ożywiona dowcipnym »protokołem posiedzenia«, napisanym przez Dr Adama Karwowskiego, jakoteż przedstawionym przez niego w zręcznych rymach i obrazach »żywotem redaktora Nowin«, oraz pieśnią zbiorową na narodowe nuty ze słowami, dostosowanemi do uroczystości jubileuszowych.

Nazajutrz, 14. grudnia, poświęcono godziny przedpołudniowe zwiedzaniu zakładów leczniczych prywatnych, w których lekarze wielkopolscy stworzyli sobie warsztaty naukowe, jakoto: zakładu SS. Miłosierdzia, sanatoryum SS. Elżbietanek, szpitalika dziecięcego św. Józefa i kliniki ocznej Dr Wicherkiewicza. Ze zwiedzaniem tem połączone były demonstracye ciekawszych przypadków chorobowych. W końcu przed samem posiedzeniem naukowem zwiedzano jeszcze zbiory przyrodnicze muzeum im. Mielżyńskich, którymi opiekuje się Dr Fr. Chłapowski.

Posiedzenie naukowe niedzielne od godz. 12 do 3 wypełniły trzy doskonałe wykłady z zakresu medycyny praktycznej, mianowicie prof. Dr Wicherkiewicza: »O jaskrze zwykłej i jej leczeniu«, Dr Kazimierza Rzętkowskiego z Warszawy: »O niedomodze mięśnia sercowego« i doc. Dr Władysława Janowskiego z Warszawy: »Parę uwag praktycznych z powodu wyników badania ciśnienia krwi w stwardnieniu naczyń i zapaleniu nerek«.

Zakończeniem naukowej części jubileuszu było zwiedzenie niedawno otwartej nowej placówki pracy lekarskiej polskiej: Zakładu ortopedycznego im. B. T. Gąsiorowskiego, które odbyło się po obiedzie, jakim lekarze poznańscy znowu podejmowali w »Domu przemysłowym« uczestników obchodu.

Wieczorem ugościł uczestników komitet jubileuszu »Halką« Moniuszki, wykonaną bardzo dobrze w Teatrze polskim, stojącym obecnie pod dyrekcyą pp. Szczurkiewiczów na wysokim poziomie artystycznym, poczem podejmowało uczestników Zjazdu

ziemiaństwo i obywatelstwo wielkopolskie świetnym rautem w »Domu przemysłowym«. Imieniem gospodarzy przemawiali na raucie prezes komitetu obywatelskiego, prof. Stanisław Karwowski i Dr Gantkowski, imieniem gości prof. Dr Gluziński i prof. Dr Łepkowski. Nazajutrz jeszcze zwiedzali przyjezdni uczestnicy jubileuszu zabytki artystyczne i pamiątki Poznania pod wodzą znakomitego ich znawcy i miłośnika, prof. Karwowskiego, i złożyli wieniec na grobie znakomitego lekarza i wielkiego obywatela Karola Marcinkowskiego.

Uczestnicy jubileuszu opuszczali Poznań z wrażeniem, które się nie może w pamięci zatrzeć. Dzielność lekarzy wielkopolskich, ich konsekwentna praca około rozwoju własnego środowiska naukowego, ich wytrwała i ofiarna praca społeczna, są wzorem godnym naśladowania. W umiejętnej organizacyi zjazdu wszystko było jaknajstaranniej obmyślane, aż do tego, by przez wręczenie przyjezdnym uczestnikom zjazdu wszystkich wychodzących w Poznańskiem czasopism dać im sposobność do zapoznania się z zagadnieniami społecznemi, będącemi w Wielkopolsce na dobie, a przez dostarczenie przewodników, katalogów muzealnych, przez wydanie osobnej broszury o urządzeniach higienicznych i zakładach leczniczych, oraz pięknego albumu pamiątkowego ułatwić poznanie wszystkiego w mieście i utrwalić o niem wspomnienie. A już w gościnności i serdeczności, płynącej z głębi duszy, nie daliby się chyba Wielkopolanie nikomu przewyższyć.

C.

Dentystyka na Wszechnicy Jagiellońskiej.

Po wielkiej katastrofie, która spadła na Rzeczpospolitą z końcem XVIII wieku, osłabły i nikły coraz bardziej wszystkie czynniki życia społecznego. Wśród ogólnego zastoju podupada też Wszechnica krakowska, a z nią i Wydział lekarski. Nic dziwnego, że młodzież polska kształci się wówczas poza granicami kraju we włoskich i francuskich uczelniach. Niedługo następuje jednak zwrot ku lepszemu. Oto Komisya edukacyjna, idąc za reformatorskim prądem Zachodu, reorganizuje wzorowo polskie szkoły wyższe. Od tej pory wchodzi medycyna w Polsce na tory właściwe, otrząsa się z teoretycznego balastu i pozwala młodym adeptom sztuki lekarskiej czerpać wiedzę nietylko teoretyczną, ale i praktycznie kształci ich w tworzących się klinikach i zreorganizowanych szpitalach.

Na te właśnie czasy przypada rozwój chirurgii w Polsce, że wspomnę tylko Czerwiakowskiego, Rusta i Bierkowskiego. Zwłaszcza Bierkowski pozostawił po sobie chlubną spuściznę. Obok chirurgii kwitną za Bierkowskiego także inne działy medycyny, a wśród nich stomatologia i dentystyka. W ówczesnem piśmiennictwie polskiem spotykamy wzmianki o chorobach zębów i jamy ustnej, pojawiają się prace oryginalne i tłómaczenia, a profesorowie przedstawiają ciekawsze przypadki uczniom. O systematycznych jednakże wykładach z zakresu dentystyki i przyjmowaniu chorych mowy jeszcze niema. Dopiero, gdy katedrę chirurgii otrzymał Bryk, dopuścił ówczesny Wydział lekarski Dr Goebla do habilitacyi z zakresu dentystyki. Dr Goebel, jako docent, wykłada dentystykę, prowadzi ćwiczenia w wyjmowaniu i leczeniu chorych zębów. Prócz tego wydaje cały szereg prac z zakresu dentystyki i stomatologii. Po jego śmierci następuje przerwa w nauczaniu dentystyki na Uniwersytecie Jagiell., aż dopiero w roku 1895 powierza Wydział lekarski nauczanie dentystyki i prowadzenie stałego ambulatoryum Dr W. Łepkowskiemu, którego równocześnie mianuje docentem. Działalność prof. Łepkowskiego, jako współczesna, nie może tu być jeszcze omawiana.

Tak, jak chirurgia, tak i dentystyka pozostawała długo w rękach laików. Dopiero stosunkowo niedawno zaczęła się odradzać i wyzwalać z tych rąk niepowołanych. Dla lekarzy jest wprawdzie rzeczą jasną, że zęby są integralną częścią ustroju, że choroby zębów jużto wynikają z ogólnych zmian ustrojowych, już też znowu same stają się często przyczyną innych chorób, stanowią wrota dla całego szeregu zakażeń, a sama jama ustna jest siedzibą najróżnorodniejszych zmian chorobowych, że dentystyka zatem nie różni się wcale od innych gałęzi medycyny, przeciwnie — stanowi taką samą gałąź sztuki lekarskiej, jak okulistyka, laryngologia, otyatrya i t. d. Ale w zarządzie oświecenia w Austryi tezę tę uznał i jej znaczenie należycie ocenił dopiero z końcem XIX w. minister Hartl, włączając dentystykę w ściślejszy program lekarskiego wykształcenia. Tak więc wreszcie w 1900 r. stała się dentystyka na Wydziałach lekarskich w Austryi przedmiotem obowiązkowym, a katedra krakowska otrzymała odpowiednie umieszczenie i wyposażenie. Od tego czasu liczba uczniów i frekwencya chorych z roku na rok stale się powiększa, tak, że dawny lokal i siły pomocnicze okazały się za małe i niewystarczające. Dzięki staraniom prof. Łepkowskiego i poparciu Wydziału lekarskiego powiodło się uzyskać od rządu odpowiedniejszy lokal i fundusze na rozszerzenie i urządzenie nowego zakładu, koniecznego wobec dochodzącej już do 5000 rocznej frekwencyi ambulatoryum dentystycznego. Za parę tygodni ukaże się sprawozdanie z dziesięcioletniej działalności Instytutu stomatologicznego U. J., dlatego obecnie poprzestaję na niniejszej wzmiance.

Instytut stomatologiczny Uniw. Jagiell. mieścić się obecnie będzie przy ulicy Garncarskiej l. 11. Wraz z nowym lokalem otrzymuje zakład urządzenie i wyposażenie, odpowiadające ostatnim wymaganiom postępu w dentystyce i nie ustępujące urządzeniom zagranicznym.

Dr Grabczak.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 10 XII. 1913 posiedzenie, na którem prof. Rosner przedstawił przypadek ze swej kliniki, poczem wybrano zarząd na r. 1914 w następującym składzie: Prezes: prof. Dr Bronisław Kader; wiceprezes: Dr Adam Rydel; sekretarz doroczny: Dr Kazimierz Jaworski; skarbnik (na 3 lata): Dr Ackermann (ponownie); gospodarz (na 3 lata): Doc. Dr Seńkowski (ponownie); komisya kontrolująca Tow. lek. krakowskiego: Dr T. Piotrowski i Dr Stahr (ponownie); komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego«: Dr Blassberg, prof. Browicz, prof. Krzyształowicz, prof. Majewski, prof. Rutkowski (wszyscy ponownie); przewodniczący komisyi przemysłowej: Dr Frączkiewicz; delegaci do Rady zawiadowczej Tow. lek. galicyjskich: prof. Browicz, prof. Ciechanowski (obaj ponownie); delegat do komisyi kontrolującej Towarzystwa lek. galic.: prof. Ciechanowski; delegaci na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lek. galic.: Dr Ackermann, prof. Cybulski, prof. Ciechanowski, Dr Damski, prof. Dobrowolski, prof. Kostanecki, prym. J. Landau sen., prezydent Schöngut, Dr Surzycki, Kwaśnicki, Janiszewski; zastępcy: dyrektor Krzyszkowski, Dr Berezowski, prof. Reiss, prym. Z. Wachtel.

— Otwarcie Zakładu stomatologicznego Uniw. Jagiell. odbyło się 21. XII. 1913 w obecności delegata namiestnika, r. dw. Fedorowicza, prorektora prof. Dr Zolla, oraz grona profesorów i uczniów Wydziału lekarskiego. Po przemówieniach prorektora Uniwersytetu, prof. Dr Zolla i dyrektora Zakładu, prof. Dr Łepkowskiego, który skreślił historyę katedry dentystyki w Krakowie i złożył podziękowanie wszystkim, którzy do uzyskania nowego Zakładu się przyczynili, oraz po poświęceniu, oglądali zebrani Zakład i jego urządzenia. Urządzenia te są pod każdym względem wzorowe; osobny oddział utworzono dla stomatologii operacyjnej, osobny dla leczenia zachowawczego, a osobny dla prac technicznych. Zakład, zajmujący 12 sal, ma osobną salę wykładową, pracownie i t. d. Uzyskanie nowego odpowiedniego pomieszczenia i nowoczesnych urządzeń dla Zakładu jest zasługą prof. Łepkowskiego, który nie szczędził w tym względzie starań i zabiegów.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 13. XII. b. r. we Lwowie następującemi sprawami: rekonstrukcya szpitala w Tarnowie, wydawanie kąpieli leczniczych w Krynicy, utworzenie samoistnej gminy sanitarnej w Kolbuszowej, podwyższenie taks za leczenie w szpitalach w Brodach i Żywcu, rekurs przeciw orzeczeniu Rady honorowej Izby lekarskiej, odznaczenie lekarza, wprowadzenie nauki higieny w seminaryach duchownych.

— XIX. Wiec Izb lekarskich austryackich odbył się we Lwowie w d. 8. i 9. XII. 1913. Otwarto go nader uroczyście, gdyż na uroczystość otwarcia przybyli między innymi: marszałek kraju hr. Gołuchowski, wicepr. miasta Dr Stahl, radca dworu Ustjanowski (w zastępstwie namiestnika), rektor uniwersytetu prof. Dr Starzyński, profesorowie Wiczkowski, Jurasz, Łukasiewicz, Halban, Bylicki, Bednarski, Machek, Sieradzki, Sołowij, protomedyk Dr Lachowicz, dyrektor szpitala Dr Starzewski, inspektor szpitali krajowych Dr Müller, przedstawiciele korpusu lekarzy wojskowych Dr Gidlewski, Karhezy i Weissberg, a po zagajeniu Wiecu przez prezydenta Izby wschodnio-galicyjskiej Dr Festenburga, przemawiali: r. dw. Ustjanowski imieniem rządu, marszałek hr. Gołuchowski, wicepr. Dr Stahl imieniem miasta, prof. Dr Jurasz imieniem Wydziału lekarskiego, prof. Dr Ma-

chek imieniem Tow. lekarzy galicyjskich, rektor prof. Dr Starzyński imieniem Uniwersytetu, prof. Dr Bednarski imieniem Tow. lekarskiego lwowskiego i delegat Izby dalmatyńskiej Dr Mazzi. Izba wschodnio-galicyjska, Towarzystwo lekarzy galic. i Towarzystwo lek. lwowskie podejmowały gości, przybyłych na Wiec, bankietem.

— W Sekcyi zakopiańskiej Tow. lek. galic. wybrani zostali do zarządu na rok 1914: Dr Edmund Brzeziński — przewodniczącym, Dr Stefan Rudzki — sekretarzem, Dr Karol Morawski — skarbnikiem.

— Zarząd Biblioteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Prof. Dr Bossowskiemu za 50 roczników cennych pism lekarskich, JWP. Drowej A. Wilkoszowej z Krakowa za 200 tomów cennych dzieł, oraz WPanu Dr Jungerowi za dzieła ofiarowane Bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Karol Jenke, rodem z Grabowca w Królestwie polskiem.

— Prezesem »Towarzystwa biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego U. J.« wybrany został ponownie p. Stryjeński, wiceprezesem p. Sienkiewicz, sekretarzem p. Gawroński.

—»Biblioteka słuchaczów medycyny Wszechnicy lwowskiej« miała w r. 1912/3 członków założycieli 3, wspierających 16, zwyczajnych 154. Dochód wynosił 2200 kor., rozchód 1800 kor., fundusz żelazny 818 kor. Za pośrednictwem Towarzystwa zakupili członkowie dzieł lekarskich za 301 kor. Towarzystwo wydało według stenogramu wykłady prof. Dr Hermana »O ranach postrzałowych« i przygotowuje wydanie skryptów parasytologii i chemii lekarskiej. Przewodniczącym Towarzystwa był p. Dobaczewski.

—»Koło medyków Wszechnicy lwowskiej« miało w r. 1912/3 członków wspierających 30, zwyczajnych 325. Dochody wynosiły 2269 kor., fundusz żelazny 904 kor., fundusz gruźliczy 233 kor., fundusz »Domu medyków« 4229 koron. »Koło« pośredniczyło w zakupnie dzieł lekarskich przez słuchaczy medycyny; dochody w tym dziale wynoszą 7.902 kor. i tyleż rozchody. Biblioteka »Koła« posiada 1109 dzieł. Przewodniczącym »Koła« był p. Józef Wałach.

— Dr Karol Wągrowski, prezes Oddziału Towarzystwa lekarzy galicyjskich w Czortkowie, emerytowany inspektor sanitarny, obchodził 21. XII. 1913 półwiekową rocznicę doktoratu. Czcigodnemu Jubilatowi przesłał Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego odnowiony dyplom doktorski. Uroczystość jubileuszowa zgromadziła liczne grono kolegów w Czortkowie; od tych, którzy na nią przybyć nie mogli, nadeszło mnóstwo gratulacyi z najodleglejszych nawet stron.

»Przegląd lekarski« przesyła Jubilatowi ze swej strony serdeczne: »Ad multos annos!«

— Nowy szpital powszechny w Nowym Targu poświęcono i otwarto 9. grudnia 1913.

— W rządowej służbie zdrowia w Galicyi wakuje jedna posada inspektora sanitarnego. Termin konkursu do 31. XII. 1913.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. XI. do 13. XII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 8 † —), krztuśca 10 † 2 (1 † —), ospy wietrznej 5, płonicy 21 † 2 (— † —), odry 63 † 5 (1 † —), duru brzusznego 3 † 1 (7 † 1), czerwonki 1 † 1, róży 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. W pracowni Towarzystwa lekarskiego rozpoczną się 15. I. 1914 sześciotygodniowe zajęcia praktyczne z histologii patologicznej, pod kierunkiem kustosza pracowni, Dr Kuligowskiego.

— Wśród 57 prac naukowych, przedstawionych w Wydziale III Towarzystwa naukowego warszawskiego, było po dwie z zakresu fizyologii i patologii, 6 z zakresu neurobiologii, 7 z zakresu antropologii. Z pracowni Towarzystwa, działających w zakresie nauk lekarskich i pokrewnych, czynnych było 6: W antropologicznej, założonej przed 8 laty, a przyłączonej do Towarzystwa od lat 2, pracowało prócz kierownika, p. Stołyhwy, 3 asystentów i 17 pracowników, którzy opracowali 26 tematów. Pracownię radyologiczną skończyli właśnie urządzać pp. Danysz i Wertenstein, asystenci p. Curie-Skłodowskiej, która objęła główne kierownictwo. W pracowni fizyologicznej, kierowanej przez p. J. Sosnowskiego, pracuje 7 osób. Pracownię chirurgii doświadczalnej zakłada własnym kosztem prof. Dr L. Kryński. Kierownikiem pracowni neurobiologicznej jest Dr E. Flatau; liczy ona 15 pracujących. Pracownią serologiczną kieruje p. Gryglewicz.

— Nagrodę im. Natansona otrzymali prof. Dmochowski za dzieło: »Dyagnostyka anatomo-patologiczna, część II« i Dr Wł. Biegański za dzieło: »Teorya logiki«.

— Towarzystwo lekarskie w Radomiu odbyło w d. 20. XII. b. r. setne z rzędu posiedzenie od założenia Towarzystwa.

— Ruch chorych zakaźnych w szpitalu dla dzieci im. Karola i Maryi w Warszawie: W okresie od dnia otwarcia, t. j. od 8. XI., do 29. XI. r. b. przyjęto 44 dzieci, dotkniętych chorobami zakaźnemi, a mianowicie: 1 przypadek odry, 22 płonicy, 4 błonicy, 3 duru brzusznego, 1 krztuśca, 1 biegunki krwawej, 9 gruźlicy płuc i innych narządów, 3 zapalenia płuc. Zejść śmiertelnych w tym czasie było 2 z powodu płonicy.

Do ambulatoryum szpitala w tym samym czasie zgłosiło się 17 dzieci, dotkniętych cierpieniami zakaźnemi, a mianowicie: 6 przypadków odry, 2 płonicy, 8 krztuśca i 1 ospy wietrznej.

W okresie od 30. XI. do 13. XII. 1913 przyjęto 14 dzieci, dotkniętych chorobami zakaźnemi, a mianowicie: 4 przyp. płonicy, 1 odry, 4 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 czerwonki, 1 zapalenia płuc, 2 zapalenia opon mózgowych pochodzenia gruźliczego.

W ambulatoryum w tym samym okresie czasu przyjęto 17 dzieci, dotkniętych chorobami zakaźnemi, a mianowicie: 4 przyp. płonicy, 4 odry i 9 krztuśca.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 24. XI. do 15. XII. 1913 przypadków: ospy 5 † —, płonicy 20 † 5, duru wysypkowego —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Rada profesorów petersburskiego Instytutu psychoneurologicznego postanowiła na prezesa Instytutu przedstawić ministerstwu ponownie prof. Bechterewa i wysłać w tej sprawie deputacyę do prezesa ministrów i ministra oświaty z oświadczeniem, że nikt inny na zaszczytne to stanowisko wybrany być nie może. (Gaz. lek. 49).

— W Genui odbędzie się od marca do listopada 1914 międzynarodowa wystawa żeglarska, której dwa działy (wśród czterech głównych) stanowić będą: higiena żeglugi i wychowanie fizyczne. Prezesem rzeczywistym działu wychowania fizycznego jest generał Carpi, sekretarzem Dr Bavestrello. Wyjaśnień w sprawie wystawy można zasięgnąć pod adresem: Comitato esecutivo di Esposizione intern. di marina, Genova, Via XX Settembre 34—3.

Mianowani: Doc. Dr Józef Hornowski prosektorem zakładu obłąkanych w Kulparkowie; lekarzami powiatowymi w służbie rządowej w Galicyi Dr Barecki, Okoniewski, St. Świątkowski, koncepistami sanitarnymi Dr Chuderski, Czyżewski, Horak, asystentem sanitarnym Dr Biegelmayer.

Zmarli: Dr Jakób Spitzel w 56 r. ż. w Wieliczce;

Dr Hérard, b. prezydent Akademii lekarskiej w Paryżu; psychiatra prof. De Boeck w Brukseli.

Redakcya otrzymała: Kleczkowski: 1) Rzadki przypadek phlyctaena pallida. 2) Grypa i schorzenia oczów. 3) Alopecia universalis. 4) Zranienia kapslą oka i ich następstwa. (Postęp okulist. 1913). — Cybulski: Die Aktionsströme der Nerven u. ihre Bezienungen zur Temperatur. (Bull. Akad. Umiej. 1913). — Higier: Foerstersche Hinterwurzeldurchschneidung, Spitzysche Nervenimplantation und Stoffelsche elektive Nervendurchtrennung in einem Falle von spastischer Armlähmung etc. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912). — Schalit: Lecznictwo dentystyczne ostatniej doby. (Kwartalnik stomat. 1913). — Adamkiewicz: Heilung eines vorgeschrittenen Zungenkrebses durch meine Kankroin-Methode. (Aerztliche Rundschau 1913). — Posiedzenia naukowe Towarzystwa lek. lwowskiego w r. 1912, protokołował M. Pańczyszyn. Sprawozdanie Zarządu za r. 1912. Lwów 1913. (Tygodnik lek.). — Falgowski: Nowsze przyczynki do patologii i terapii zapalnych schorzeń przydatków macicy. (Gaz. lek. 1913).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1913.

Gazeta lek. Nr 48—50.: Klejn: O nieznanej dotychczas komórce macierzystej komórek szpiku kostnego i o prawdziwej białaczce macierzystej (48). — Goldberg i Oczesalski (dok. 48).— Bernhardt: Białaczka skóry (49—51).—Wernic: O stosowaniu stężonych rozczynów neosalwarsanu w przymiocie (49). — Danysz: O radyoaktywności i ciałach radyoaktywnych (50).

Medycyna i Kronika lek. Nr 48—51.: Urstein: Kilka uwag o istocie porażenia postępującego i o działaniu przetworów le-

czniczych stosowanych w tem cierpieniu (48). — Landau i Rząśnicki (48 dok.). — Pański: Przypadek operowanego nowotworu kręgów (49—50). — Tokarski: Przypadek ciężkiej cukrzycy (49). — Drozdowicz: Przyczynek da radyografii przetok żołądkowo-okrężniczych (50). — Moraczewski: Przyczynek do zbadania stosunku indolu w kale do indykanu w moczu (51—52). — Landau A. i Rząśnicki: Studya kliniczne nad sprawnością trzustki. II. O dyastazie ślinowej i trzustkowej (51).

Tygodnik lek. Nr 48—51.: Franke: Badania nad zachowaniem się układu nerwowego wegetatywnego w okresie miesiączkowym kobiety wraz z uwagami o związku między »wewnętrznem wydzielaniem« a miesiączką (48—49). — Czyżewicz: Kilka dalszych uwag w sprawie niepowściągliwych wymiotów u ciężarnych, z uwzględnieniem dzisiejszego stanowiska nauki w tym przedmiocie (48—49). — Meisels: Uwagi w sprawie zastosowania promieni Roentgena w położnictwie i ginekologii (49). — Bikeles i Zbyszewski: O skuteczności draźnienia kory mózgowej strychniną, przy zastosowaniu środków nasennych, względnie kokainy (50). — Bednarski: Czy zranienie oka przedtem ślepego, prowadzące do utraty gałki ocznej, jest tak zwaną utratą oka w zrozumieniu § 156 a u. k.? (50). — Gluziński: Przyczynek do t. zw. przezemnie mocznicy bezchlorowej (50). — Herman: Kilka uwag o racyonalnym wyborze metody doszczętnego operowania przepuklin pępkowych (50). — Hejman: W sprawie wskazań do zabiegów operacyjnych na wyrostku sutkowym kilka uwag ogólnych (50). — Lenartowicz: Spostrzeżenie nad wchłanianiem skórnem salicylu z plastrów salicylowych (50). — Leszczyński: O leczeniu pęcherzycy wlewaniami chininy (50). — Popielski: O bodźcach gruczołów żołądkowych (51). — Sohn: Nadmierna ilość cukru we krwi w przypadku śpiączki cukrowej (50).— Gerus: Drobna zmiana w wykonaniu wewnętrznego przecięcia zwężenia cewki (50). — W. Ziembicki: Przyczynek do wykrywania barwików żółciowych w moczu (50). — A. Czyżewicz, E. Groebel, W. Jakowicki, Fr. Kośmiński, A. Mars i J. Meisels: Uwagi nad obecnym stanem radioterapii w chorobach kobiecych (51).

Nowiny lekarskie. Nr 12.: K. Kostanecki: Stosunek kiszki ślepej do krezki grzbietnej w szeregu gromad kręgowców. — B. Wicherkiewicz: Z doświadczeń okulistycznych nad działaniem salwarsanu. — St. Mutermilch i Rzętkowski: Hodowla tkanek in vitro. — Parnas: O związkach tłuszczowatych. — F. Zakrzewski: 1) Dyspepsya, powiększenie serca i wątroby — jako wczesne objawy gruźlicy płuc. 2) Jaką dyetę mamy stosować przy wrzodzie żołądka? — Semerau: Graficzne badanie czynności serca i jego znaczenie rozpoznawcze. — Simon: O nowych zabiegach ku odnowieniu krwi. — Kazimierz Dziembowski: Ogólne zasady leczenia krwotoków. — Dandelski: Przypadek wysadzenia gałki tętniącej. — Stefan Szuman: O przypadku wielkiego kamienia żółciowego wkleszczonego w wyrostku kiszki ślepej i o ciałach obcych wyrostka ślepego wogóle. — Nowakowski: Ulcus cruris simplex. Powody jego uporczywości w leczeniu i nowe sposoby leczenia go ambulatoryjnie. — Piotrowski: O padaczce. — Stanisław Szuman: 1) O wyobrażeniach natrętnych. 2) Przypadek ponawiającej się melancholii z wyobrażeniami natrętnemi. — Kramsztyk: W sprawie skaz ustrojowych w wieku dziecięcym. — Krysiewicz: Statystyczny przyczynek do klinicznego przebiegu błonicy. — Jarnatowski: Tarsitis necroticans (Martwak tarczkowy). — Kapuściński: Wyniki badań bakteryologicznych nad drobnoustrojami woreczka spojówkowego przed operacyą zaćmy. — Schulz: Radyoaktywność i zastosowanie jej w medycynie doby obecnej. — Zygmunt Dziembowski: O porodach w położeniu miednicowem płodu w świetle najnowszych badań i doświadczeń. — Przewoski: Przypadek promienicy, w którym zarażenie nastąpiło przez spróchniałe zęby. — Krukowski: Rzadki przypadek perforacyi wrzodu żołądkowego. — Hanasz: Ciśnienie krwi i sposoby jego mierzenia. — Gantkowski: W sprawie stosowania alkoholu jako środka leczniczego.

Redaktor odpowiedzialny
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Purgen. Dr A. Maggiorani, nadworny lekarz włoski, posługiwał się często środkiem tym u gruźliczych, potrzebujących łagodnego przeczyszczania, z dobrym wynikiem, w szczególności bez silniejszego podrażnienia. B. W.